

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**AS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS E  
A AUTO-ESTIMA DO PACIENTE NO PROCESSO  
PSICOTERAPÊUTICO**

**Diana Filipa Marques Piedade**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa**

**2009**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**AS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS E  
A AUTO-ESTIMA DO PACIENTE NO PROCESSO  
PSICOTERAPÊUTICO**

**Diana Filipa Marques Piedade**

**Dissertação orientada pela  
Professora Doutora Maria Helena Santos Afonso**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa**

**2009**

## Resumo

O presente trabalho insere-se no campo de estudos da regulação das necessidades básicas psicológicas e da auto-estima, enquanto instâncias do *self*, no contexto do processo psicoterapêutico. Este estudo pretende contribuir para a compreensão da regulação das necessidades psicológicas enquanto factor importante para cada modelo de acção terapêutica. Para reflectir sobre o conceito de necessidades psicológicas recorreu-se à Metateoria da Auto-Determinação que se foca na motivação do comportamento, considerando que na sua origem estão as necessidades fundamentais de autonomia, competência e pertença. Para se compreender o processo de regulação dessas necessidades básicas psicológicas no processo psicoterapêutico, utilizou-se o metamodelo integrativo de Complementaridade Paradigmática com marcadores específicos de decisão clínica referentes à regulação das necessidades. Também se releva o papel da aliança terapêutica na regulação das necessidades, como componente essencial para o sucesso da psicoterapia. Deste modo, o presente estudo confirmatório, de tipo quantitativo e de carácter longitudinal tem o propósito geral de determinar o grau de regulação das necessidades básicas psicológicas nos diferentes momentos do processo psicoterapêutico. Discute-se sobre o significado dos resultados possíveis para as hipóteses formuladas e as suas implicações para a intervenção clínica.

**Palavras-chave:** regulação das necessidades básicas psicológicas; auto-estima; Metateoria da Auto-Determinação; aliança terapêutica; processo psicoterapêutico; Metamodelo da Complementaridade Paradigmática

## **Abstract**

This present study is included in the field of basic psychological needs regulation and self-esteem, as instances of self in the context of the psychotherapeutic process. This study aims to contribute to the understanding of psychological needs regulation as an important factor for each type of therapeutic action. In order to reflect about the concept of psychological needs it was applied the Self-Determination Metatheory that focuses on the behavior motivation, considering that in it's roots are the fundamental needs of autonomy, competence and belonging. To understand the process of regulation of these basic psychological needs in the psychotherapeutic process, it was used the integrative Paradigmatic Complementarity Metamodel with specific markers of clinical decision regarding the needs regulation. It is also highlighted the role of therapeutic alliance in the needs regulation as an essential component to the success of psychotherapy. Thus, this confirmatory study, of quantitative and longitudinal nature has the overall purpose to determine the degree of basic psychological needs regulation at different times of the psychotherapeutic process. Some considerations are made upon the meaning of possible results for the formulated hypotheses and their implications to clinical intervention.

**Keywords:** basic psychological needs regulation; self-esteem; Self-Determination Metatheory; therapeutic alliance; psychotherapeutic process; Paradigmatic Complementarity Metamodel

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	3
1. Desenvolvimento do Conceito de <i>Self</i>	3
1.2. Conceito de Auto-estima	5
2. Necessidades Psicológicas e Auto-estima	8
3. Metateoria da Auto-Determinação	12
3.1. Teoria da Avaliação Cognitiva	14
3.2. Teoria da Integração Organísmica	15
4. As Necessidades Psicológicas e o Processo Psicoterapêutico	17
4.1. Aliança terapêutica	17
4.2. Experiências emocionais correctivas	19
4.3. Consciencialização da emoção e regulação das necessidades	19
4.4 Suporte da autonomia e motivação para a terapia	20
4.4.1 Suporte da autonomia, regulação das necessidades e aliança terapêutica	21
4.5. Metamodelo da Complementaridade Paradigmática	23
<b>OBJECTIVOS E VARIÁVEIS</b>	25
<b>METODOLOGIA</b>	27
5. Selecção e obtenção da amostra	27
6. Instrumentos de avaliação	27
7. Procedimento	32
8. Plano de análise de resultados	34
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO</b>	35
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	47

<b>ANEXOS</b>	53
Anexo A: Caderno do paciente	54
Anexo B: Caderno do terapeuta	63

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no campo de estudos da regulação das necessidades básicas psicológicas e da auto-estima, enquanto instâncias do *self*, no contexto do processo psicoterapêutico.

As várias teorias sobre a natureza do *self* enfatizam a importância de um *self* coerente para o bem-estar do indivíduo (Deci & Ryan, 2000; Kohut, 1977; Rogers, 1957). De um modo geral, o conceito de *self* é caracterizado como sendo constituído por dois componentes principais: um designado de “I”, que produz o conhecimento e que tem uma função essencialmente executiva; e outro designado de “Me”, que envolve o auto-conceito (aspectos de carácter mais cognitivo, como os pensamentos sobre si) e a auto-estima (aspectos de carácter mais afectivo, como os sentimentos sobre si) (James 1890/1950 cit. por Janeiro, 2006; Harter, 1999). A auto-estima é fundamental para a compreensão do comportamento humano, sendo um dos indicadores do bem-estar psicológico dos indivíduos (Harter, 1983 cit. por Janeiro, 2006; Kasser & Ryan, 1993, 1996, 1999).

O presente estudo tem como base a Metateoria da Auto-Determinação de Deci e Ryan (2000) que foca a motivação do comportamento. Na sua base estão as necessidades psicológicas, que são elementos psíquicos fundamentais. Os autores consideram que são três as necessidades básicas psicológicas fundamentais ao bem-estar do indivíduo: as necessidades de autonomia, competência e pertença. A satisfação dessas necessidades vai distinguir um comportamento que é motivado pela autonomia e auto-determinado, de um comportamento motivado pelo controlo que não satisfaz as necessidades.

No que se refere à relação entre as necessidades básicas e a auto-estima, Deci e Ryan (2000) propõem que uma auto-estima verdadeira ou genuína é consequente à satisfação das necessidades básicas. Assim o indivíduo experiencia por ele próprio que é merecedor de estima e de valor, não se valorizando em função dos sucessos obtidos ou das falhas cometidas.

No contexto psicoterapêutico, a importância da aliança terapêutica como elemento essencial da relação entre o terapeuta e o paciente, tem sido reafirmada por ser uma componente comum a todas as orientações teóricas e pelo seu papel na eficácia da psicoterapia (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath & Symonds, 1991; Vasco, Silva & Chambel, 2001). Segundo Bordin (1979) a aliança terapêutica é composta por três elementos, cuja combinação define a sua qualidade: 1) os laços interpessoais, 2) os objectivos terapêuticos e 3) as tarefas terapêuticas. A aliança terapêutica fornece a base para a regulação das necessidades psicológicas através da consciencialização e da

aprendizagem de novas experiências emocionais (Kohut, 1977; Conceição & Vasco, 2005).

O Metamodelo da Complementariedade Paradigmática (Vasco, 2006) propõe que o processo psicoterapêutico pode ser organizado em sete fases associadas a objectivos estratégicos do terapeuta. A aliança terapêutica é uma das quatro componentes presentes neste modelo, sendo as outras, os “princípios gerais de mudança”, a “conceptualização do paciente e do problema” e a “sequência temporal de fases relativas a objectivos sequenciais estratégicos” (Vasco, 2006).

O propósito geral do presente trabalho é compreender o processo de regulação das necessidades básicas psicológicas em diferentes momentos ao longo do processo psicoterapêutico, sendo de carácter longitudinal, este estudo avalia os sujeitos nos seguintes momentos do processo: início (primeira sessão), fase 1 e fase 2 (sétima sessão), fase 3 e 4 (décima quarta sessão), fase 5 (vigésima primeira sessão), fase 6 e 7 e final da terapia (última sessão).

Deste modo, pretende-se mais especificamente, no que se refere à regulação das necessidades básicas do paciente, analisar a sua relação com o nível de auto-estima, e com os vários momentos do processo psicoterapêutico e a sua componente aliança terapêutica.



## REVISÃO DA LITERATURA

### 1. Desenvolvimento do Conceito de *Self*

Desde os primórdios da Psicologia, o conceito de *self* tem sido tópico de interesse de estudo ao longo do tempo. William James (1890/1950) elaborou a primeira definição de *self*, que compreendia todos os atributos que o indivíduo possa referir como fazendo parte de si próprio, desde o seu corpo, aptidões, até aos seus bens, casa, família, etc. Este *self* global, subdivide-se em duas componentes: o *self* conhecedor - “I”, o que produz o conhecimento com uma função essencialmente executiva, de auto-percepção, agência, continuidade e coerência; e o *self* conhecido - “Me”, representado pelo conjunto de coisas objectivamente conhecidas, a nível material, social e espiritual (Janeiro, 2006). A investigação posterior recaiu mais sobre a componente “Me”, o *self* como objecto de conhecimento e de avaliação, com os estudos sobre o auto-conceito e a auto-estima (Harter, 1999). O auto-conceito, de natureza cognitiva, constitui os pensamentos e as ideias reflectidas sobre o próprio. A auto-estima constitui a dimensão afectiva do auto-conceito, os sentimentos acerca de si, e de avaliação, que se exprime em atitudes de desaprovação ou aprovação acerca do próprio.

As primeiras teorias do auto-conceito surgem com Mead (1934) e Cooley (1902), que colocam a tónica na importância do contexto social, mais concretamente na influência da avaliação dos outros. Nesse sentido, o indivíduo define-se aproximadamente da mesma forma, como as outras pessoas o percebem e as atitudes dos outros também vão ajudar a formar o seu auto-conceito (Mead, 1934 e Cooley, 1902 cit. por Rosenberg, 1984). Também Sullivan (1953) que foi o autor da terapia interpessoal, propõe que o *self* não existe como entidade individual mas em relação com os outros.

Na década de 50, Carl Rogers (1951) voltou a reafirmar a importância do conceito de *self*. A sua abordagem fenomenológica realçava a importância da percepção da experiência, do significado que esta podia ter para o indivíduo e rejeitava a visão determinista dos comportamentalistas. Para este autor o *self* seria uma entidade organizadora das percepções que tem necessidade de ser congruente. Um alto grau de congruência significa que a comunicação (o que se está a expressar), a experiência (o que está a ocorrer) e a tomada de consciência (o que se está a perceber) estão em sintonia. A incongruência ocorre quando há diferenças entre a tomada de consciência, a experiência e a comunicação desta. Pode ser sentida como tensão, ansiedade ou, em circunstâncias

mais extremas, como uma confusão interna (Rogers cit. por Ballone, 2005). O *self* é congruente quando todas as experiências lhe são acessíveis, o que ocorre quando o indivíduo se sente compreendido e aceite incondicionalmente. A pessoa é incongruente quando as suas experiências foram desaprovadas, mais frequentemente pelos pais, sendo ignoradas ou distorcidas pela consciência, e tornando-se inacessíveis ao *self* (Rogers, 1959 cit. por Kahn, 1985).

Segundo Rogers (1951), o *self* divide-se em *self* real - o que somos, e em *self* ideal - o que desejaríamos ser. Quando existe uma grande discrepância entre o que somos e o que idealizamos ser o *self* torna-se incongruente.

A Teoria das Discrepâncias do *Self* (Higgins, 1987), é um modelo que permite compreender a estrutura das representações dos estados do *self*, e das consequências relativas à congruência e discrepância entre estes (Moretti & Higgins, 1999). O *self* é assim caracterizado por três estados: o *self actual* representa as características que o indivíduo pensa que possui; o *self ideal* representa os atributos que o indivíduo desejaria ou gostaria de ter; o *self obrigatório* representa os atributos que o indivíduo acredita que deveria possuir. A definição de *self actual* coincide com a definição de auto-conceito, e as outras representações do *self* (*ideal e obrigatório*) funcionam como padrões ou orientadores de regulação e de avaliação do *self actual*. A premissa central desta teoria, é que os indivíduos experienciam uma perturbação emocional quando percebem que o seu *self actual* é substancialmente discrepante das suas representações de *self ideal* e *obrigatório*. Dessa forma ficam motivados para regular o *self*, tentando alcançar a sua congruência ou evitando/reduzindo a discrepância existente (Moretti & Higgins, 1999).

## 1.1 Conceito de Auto-estima

A auto-estima é frequentemente definida como a componente avaliativa e valorativa do auto-conceito que reflecte o valor que a pessoa se dá a si própria (Janeiro, 2006).

A fórmula proposta por William James (1890/1950) define a auto-estima como a razão entre o sucesso pessoal e as aspirações pessoais. A auto-estima pode aumentar quer pelo incremento do numerador (o sucesso alcançado) quer pelo decréscimo do denominador (as aspirações do indivíduo) (Janeiro, 2006). A auto-estima diminui quando as aspirações se tornam muito elevadas em relação ao sucesso que se obtém, ou seja, quando existe uma discrepância entre estes.

Segundo o modelo da discrepâncias do self de Higgins (1987), uma baixa auto-estima pode ser o resultado da discrepância entre os vários domínios do *self*. A auto-estima tem como função comparar os diferentes *selves*. Quando existe uma discrepância, ou uma diferença significativa, o *self* torna-se incoerente, e consequentemente podem surgir problemas emocionais, que dessa forma estão relacionados com uma baixa auto-estima (Moretti & Higgins, 1999). Deste modo, a auto-estima está necessariamente associada a um self congruente (Rogers, 1957) ou coerente (Kohut, 1977).

Coopersmith e Rosenberg destacam-se pelo seu contributo para o desenvolvimento do estudo sobre a auto-estima, construindo instrumentos para a sua avaliação. Estes autores referem a auto-estima como uma auto-avaliação do valor em relação ao *self*. Coopersmith define-a da seguinte forma: “ a avaliação que a pessoa faz e que costuma manter em relação a si própria e que reflecte uma atitude de aprovação ou desaprovação, indicando o grau em que acredita em si própria, na sua capacidade e no seu valor” (Coopersmith, 1981 e Rosenberg, 1986 cit. por Janeiro, 2006). Rosenberg (1985, cit. por Fontaine, 2001) também define as principais características de um indivíduo com uma alta auto-estima: primeiro, uma elevada auto-aceitação que permite considerar que errar ocasionalmente, não ser apreciado por todas as pessoas, perder o controlo de vez em quando, etc., fazem parte da condição humana; segundo, gostar dele próprio; e finalmente, ter respeito por ele próprio e considerar-se como uma pessoa de valor. Em resumo pode-se destacar as duas dimensões principais que definem a auto-estima, a sua dimensão de auto-valorização e de auto-avaliação.

O termo auto-estima tem sido usado de diversas formas. A auto-estima global refere-se à forma como a pessoa se sente no geral consigo própria, e a auto-estima específica à forma como as pessoas avaliam os seus atributos específicos e habilidades (por ex. as pessoas que acreditam que são boas a matemática são vistas como tendo uma grande

auto-estima nesse domínio) (Dutton & Brown, 1997). Dutton e Brown (1997) consideram que a auto-estima específica influencia as respostas cognitivas ao sucesso e ao insucesso e que a auto-estima global influencia as respostas emocionais. Apesar das avaliações específicas feitas pelo indivíduo poderem por vezes serem um melhor preditor do comportamento do que a auto-estima global, esse já não é o caso, em relação à avaliação e aos sentimentos que o indivíduo tem de si quando falha. Como muitas tarefas importantes na vida requerem que se ultrapassem obstáculos, e que se tenha que lidar com a rejeição, desilusão, assim a auto-estima global parece ter um papel crítico na vida psicológica (Dutton & Brown, 1997).

Numa perspectiva social, a auto-estima é uma necessidade que cumpre a função de fazer corresponder a visão que os outros têm de nós ao que somos, e de estarmos de acordo com os padrões culturais. Assim a Teoria Sociométrica (Leary, Tambor, Terdal & Downs, 1995; Leary, 1999), propõe uma auto-estima que funciona como um barómetro das relações interpessoais, que monitoriza e regula a aceitação social das pessoas, no sentido de evitar a rejeição social.

Na Teoria “Terror Management” de Pyszynski, Solomon, Greenberg, Arndt e Schimel (2004), a função da auto-estima é antes a de proteger a nossa ansiedade existencial provocada pela contemplação da fragilidade e vulnerabilidade da vida. O indivíduo adopta práticas, crenças, e valores do seu mundo cultural, e luta por estar de acordo com os padrões sociais, obtendo assim auto-estima e combatendo o terror associado com a inevitabilidade da morte. Outro princípio prende-se com o papel dos outros na manutenção da auto-estima. O facto dos outros concordarem com a concepção da realidade de uma pessoa e com a sua avaliação do self, determina que estas concepções sejam correctas e baseadas na realidade externa; o facto dos outros não concordarem com estas concepções, pode-se tornar uma ameaça à confiança que a pessoa tem nas concepções e avaliações de si (Pyszynski et al., 2004).

Bednar, Peterson e Wells (1989) compreendem a auto-estima, através da elaboração de proposições que se referem à influência do feedback positivo e negativo na aceitação em relação ao próprio e na relação com os outros. Os autores explicam o processo de coping em detrimento do evitamento como principal fonte de auto-estima, tal como outros autores (eg. Moretti & Higgins, 1999) realçam a importância da discrepância do self, para explicar uma auto-estima negativa. Bednar et al. (1989), propõem que uma auto-estima baixa se baseia na escolha de evitar situações difíceis em vez de se cooperar com elas (i.e. em vez de se ter capacidade de coping). Por conseguinte, as auto-avaliações do indivíduo tornam-se negativas e colocam de parte as avaliações positivas que outras pessoas

significativas possam fazer de si. (Bednar, Peterson & Wells, 1989).

Kernis (2003b), com o objectivo de apresentar uma visão da auto-estima elevada e equilibrada, distingue uma auto-estima elevada segura da insegura. Este autor apresenta as seguintes formas/tipos de uma auto-estima elevada: *defensiva* – o indivíduo reporta sentimentos positivos de auto-valorização, mas interiormente sustenta sentimentos negativos; *genuína* - o indivíduo reporta sentimentos positivos de auto-valorização; *explícita* – refere-se aos sentimentos que são conscientes de uma auto-valorização positiva; *implícita* – refere-se aos sentimentos inconscientes de uma auto-valorização positiva; *contingente* - refere-se aos sentimentos positivos de auto-valorização que são dependentes do alcance de resultados específicos, expectativas, padrões, etc.; *verdadeira* - refere-se aos sentimentos positivos de auto-valorização que não precisam de uma validação contínua; *instável* - refere-se aos sentimentos imediatos de auto-valorização que variam consideravelmente num curto espaço de tempo; *estável* - refere-se aos sentimentos imediatos de auto-confiança que não variam ou variam pouco. O autor afirma ainda que estas formas de auto-estima elevada não são mutuamente exclusivas, nomeadamente pelo facto da auto-estima não possuir sempre, na sua totalidade, aspectos defensivos, contingentes, instáveis, etc. (Kernis, 2003b).

Uma auto-estima elevada pode ser frágil ou segura dependendo do grau em que é defensiva ou genuína, contingente ou verdadeira, instável ou estável, e discrepante ou congruente, em relação aos sentimentos implícitos de auto-valorização. Uma auto-estima elevada óptima é caracterizada por qualidades associadas à genuinidade, verdade, estabilidade, e congruência (Kernis, 2003a).

## 2. Necessidades Psicológicas e Auto-estima

O conceito de necessidades psicológicas tem sido definido de formas muito diferentes no contexto de diversas teorias da motivação (Ryan, 1995).

Durante a primeira metade do séc. XX, as teorias dominantes focavam-se nos impulsos fisiológicos como a fonte de energia para todo o comportamento motivado (Deci & Moller, 2005). O primeiro autor mais proeminente da abordagem à motivação foi Hull (1943, cit. por Deci & Ryan, 2000) que tinha como base a ideia que o objectivo da psicologia era entender o comportamento a um nível molar. Considerava que o comportamento estava ligado às necessidades primárias, inatas e fisiológicas do organismo, que o levam a agir. Para que o organismo permaneça saudável, as necessidades primárias precisam de ser satisfeitas.

Murray (1938, cit. por Deci & Ryan, 2000) definiu as necessidades a um nível psicológico, primariamente como adquiridas do que inatas. Desenvolveu uma lista extensa de necessidades, distinguindo entre as que tinham uma base fisiológica (viscerogénicas) das que têm uma base psicológica (psicogénicas), como por exemplo, as necessidades de ar, água, comida e as necessidades de poder, afiliação, intimidade e realização. No entanto, segundo Deci e Ryan (2000), o conceito de necessidade foi definido por Murray de uma forma demasiado abrangente, podendo ser substituído por outros termos como motivo, desejo ou objectivo, que lhe dão o mesmo significado.

A Teoria Dinâmica - Holística de Maslow (1970) sobre a motivação apresenta em forma de pirâmide um conjunto de necessidades inatas básicas fisiológicas e psicológicas.

Segundo o princípio de “prepotência de uma necessidade”, as necessidades diferem em termos da urgência com que impelem o comportamento, isto é, as que dominam o comportamento têm primazia sobre as outras (Murray, 1962). A pirâmide das necessidades de Maslow é organizada hierarquicamente, segundo esse mesmo princípio, a que o autor designa de “relativa prepotência”.

Na base da pirâmide estão as necessidades fisiológicas que são impulsos do organismo que provocam necessidades como de água e alimentos. As necessidades de segurança, são as que se sucedem, envolvendo necessidades de estabilidade, dependência, protecção (estrutura, ordem, lei e limites). A necessidade de pertença e de amor designa a necessidade de relações de proximidade afectiva com as pessoas mais significativas da vida de um indivíduo e refere-se também à necessidade de se ser estimado, escutado e valorizado pelos outros. Quando esta necessidade não está satisfeita, podem existir sentimentos de solidão e rejeição. A necessidade de auto-estima sucede hierarquicamente

as necessidades fisiológicas, de segurança e de pertença. A auto-estima envolve o sentido de adequação, mestria, competência, confiança e independência. Por fim, no topo da pirâmide, surge a necessidade de auto-actualização que se refere à realização pessoal e superação de si mesmo, buscando-se objectivos mais elevados dos que já se alcançaram.

Neste sentido, as necessidades fisiológicas são mais fortes do que as necessidades de segurança e estabilidade, dominando-as enquanto não forem satisfeitas, bem como a todas as outras necessidades hierarquicamente superiores, não permitindo que estas se manifestem. As necessidades de segurança, que por sua vez são mais fortes do que as necessidades de pertença, não permitem que estas se manifestem enquanto não forem satisfeitas, e assim sucessivamente. Esta concepção baseia-se na gratificação das necessidades em detrimento da sua deprivação, uma vez que a falta de satisfação das necessidades pode levar ao surgimento de psicopatologias. A deprivação relaciona-se com o facto das necessidades provocarem um desequilíbrio no organismo.

Segundo Kohut (1984), na sua Teoria do *Self*, a coesão do *self* depende da satisfação das necessidades básicas na infância: ser admirado, fundir-se na relação com outros idealizados e de estar com outros semelhantes. A frustração dessas necessidades leva a um *self* fragmentado, que perde a sua coesão interna. O ponto focal da sua teoria, é a aquisição de um *self* estruturado à medida que se vai desenvolvendo. O *self* é constituído por três componentes: 1) o *self* grandioso, que se traduz nas ambições do indivíduo, e que corresponde à experiência infantil de ser perfeito, de se exhibir porque é admirado pelos pais; 2) a imagem parental idealizada, que se define por a criança ter uma tendência para idealizar os seus pais como figuras onipotentes e de achar que ela e os pais são a mesma pessoa; 3) o *alterego*, que envolve a sua maturação e que se relaciona com a necessidade de estar com os outros semelhantes, ou seja, na presença de outras crianças, o que ajuda ao desenvolvimento de talentos e capacidades (Kohut, 1984 cit. por Kahn, 1985). As duas primeiras componentes constituem o *self* bipolar, uma vez que envolvem energias em direcções opostas, a primeira componente da imagem do *self* e a segunda da imagem idealizada do outro. Estas componentes correspondem, respectivamente, à necessidade de se ser admirado e de se fundir na relação com outros idealizados (“tu és perfeito e eu sou uma parte de ti”) (Fontaine, 2001).

Epstein (1993), autor da Teoria Experiencial- Cognitiva e Integrativa do *Self*, concebe que as pessoas processam informação através de dois sistemas conceptuais independentes que interagem: o “sistema experiencial” que é pré-consciente, automático e guiado pela emoção; e um “sistema racional”, consciente e analítico.

Um dos pressupostos desta teoria considera que são quatro as necessidades

fundamentais: o princípio do prazer que se refere ao desejo de maximizar o prazer e minimizar a dor, a necessidade de pertença, a necessidade de manter a coerência do *self*; e a necessidade de aumentar a auto-estima. Estas quatro necessidades podem, de igual forma, dominar o comportamento, causando graves consequências como o surgimento de psicopatologias, quando alguma não se encontra suficientemente satisfeita. O comportamento é determinado pelo equilíbrio dessas necessidades, que são activadas em determinada situação (Epstein, 2003).

Deci e Ryan (2000) identificaram três necessidades - a necessidade de competência, de pertença, e de autonomia, que parecem ser essenciais para facilitar um funcionamento óptimo das tendências naturais de crescimento e integração, bem como para um desenvolvimento social e bem-estar pessoal.

A necessidade de autonomia é experienciada sempre que uma pessoa vê o seu comportamento como congruente e dirigido pelo *self*. O oposto da autonomia é a *heteronomia*, em que a regulação é efectuada por forças exteriores ao *self* (Ryan & La Guardia, 2000). Pode também ser descrita estruturalmente em termos da relativa integração da regulação de um valor numa organização do *self*. As regulações que não são bem assimiladas nesta organização, como aquelas que entram em conflito com outras regulações e valores, tendem a ser experienciadas como menos autónomas. Pelo contrário, outros valores e regulações, que a pessoa conceba e que tenham sido integrados na estrutura do *self* de uma pessoa são autónomas (Ryan, 1993 cit. por Ryan & La Guardia, 2000).

A necessidade de competência refere-se ao sentimento de efectividade nas interacções de uma pessoa com o ambiente social e às oportunidades para exercitar e expressar as capacidades (Deci, 1975; White, 1963 cit. por Ryan & La Guardia, 2000). O sentimento de competência acompanha comportamentos que são auto-dirigidos e efectivamente adoptados (Ryan & La Guardia, 2000).

A necessidade de pertença refere-se a sentirmo-nos ligados, acarinhados, e a um sentimento de pertença com outras pessoas significativas (Baumesteir & Leary, 1995; Carstensen, 1998; Ryan, 1993 cit. por Ryan & La Guardia, 2000). O sentimento de pertença é uma necessidade intrínseca, que uma pessoa manifesta nos períodos iniciais da formação de vinculação e se estende ao longo da vida, na relação com os outros (Ryan & La Guardia, 2000).

Sheldon, Elliot, Kim & Kasser (2001) propuseram-se a estudar dez necessidades diferentes, propostas pelas teorias psicológicas proeminentes, para determinar quais as necessidades que mais se destacavam. Concluíram que no topo da hierarquia surgiam



quatro necessidades básicas: autonomia, competência, proximidade e auto-estima. Num plano inferior surgiam as necessidades de segurança, auto-actualização, e as fisiológicas. As necessidades consideradas menos importantes pelos sujeitos eram as de popularidade - influência e de dinheiro – luxo.

O estudo de Sheldon et al. (2001) contribui para a consensualização das necessidades que são consideradas básicas, isto é, fundamentais ao ser humano. Resumidamente, como se pode constatar, não existe um consenso entre as teorias, neste domínio. Maslow (1970) considera como básicas as necessidades fisiológicas, de segurança, pertença e auto-estima. Epstein (1993), propõe as necessidades de prazer, pertença, coerência e auto-estima. Deci e Ryan (2000), identificaram as necessidades de autonomia, competência e pertença, que foram as mais corroboradas pelo estudo de Sheldon et al. (2001).

Importa referir que novas necessidades vão surgindo de acordo com as transformações dos contextos sociais. Ghent (2001) afirma que a experiência cria novas necessidades que se integram no self, contribuindo para o seu crescimento futuro. Desta forma, distingue duas categorias de necessidades: as novas – que expandem e transcendem o ser quotidiano, e as velhas – que exercem as funções ou faculdades e os recursos da nossa existência. Este autor também propõe que se pode ficar perto de “craving”, que segundo Conceição e Vasco (2005), se define por “uma procura incessante e desesperada de gratificação de necessidades alienadas, esforços desorientados no sentido de curar o sofrimento existencial, que, naturalmente, resultam em frustração” (Conceição & Vasco, 2005 pág. 56). Assim se considera que a experiência que é vivida no contexto duma determinada sociedade e cultura, pode criar novas necessidades que são alienantes e que comprometem o crescimento pessoal.

### 3. Metateoria da Auto-Determinação

A Metateoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 2000) é uma abordagem da motivação humana e da personalidade, que aplica uma teoria organísmica salientando a importância do desenvolvimento dos recursos internos do indivíduo para o desenvolvimento da sua personalidade (do *self*) e para a auto-regulação do seu comportamento. Deste modo as questões de investigação centram-se nas necessidades psicológicas inatas como elementos psíquicos que estão na base da motivação e da auto-regulação, bem como nas condições ambientais e sociais que promovem esses processos (Ryan & Deci, 2000).

O seu ponto de partida é o pressuposto de que “os seres humanos são organismos activos, orientados para o crescimento e naturalmente inclinados, para a integração dos seus elementos psíquicos num sentido do *self* unificado e em grandes estruturas sociais” (Deci & Ryan, 2000 pág. 229). Mais especificamente, segundo Ryan e La Guardia (2000), esse crescimento ocorre através do envolvimento activo do ser humano no meio ambiente, que vai tentando assimilar novos conhecimentos na organização do *self*.

Deci e Ryan (2000), referem o processo integrativo e as necessidades básicas psicológicas como os aspectos de um *self* nascente que integra as experiências do meio, desenvolvendo-se num *self* coerente. Deste modo esta teoria centra-se mais nos processos do *self* do que no seu conceito (Ryan & Brown, 2003).

As necessidades especificam “nutrientes inatos psicológicos que são essenciais para a continuidade do crescimento psicológico, integridade (i.e. o sentido unificado do *self*) e bem-estar” (Deci & Ryan, 2000 pág. 229). Nesta visão organísmica, a privação das necessidades ou a sua ameaça pode levar ao surgimento de psicopatologias, sendo a satisfação dessas necessidades essenciais ao bem-estar psicológico. Deci e Ryan (2000) em consonância com Hull, definem que as necessidades são inatas, ou seja, necessidades do organismo em vez de adquiridas; e estão de acordo com Murray, que define as necessidades a um nível psicológico em vez de fisiológico. Através dos seus estudos empíricos, que tinham como objectivo principal identificar os factores que facilitavam ou enfraqueciam a motivação intrínseca, os autores identificaram três necessidades psicológicas básicas – a autonomia, a competência e a pertença.

A diferença desta teoria em relação às “teorias de impulsos” é que o comportamento pode ocorrer naturalmente sem ser causado pela falta de satisfação das necessidades e consequentemente pelo desequilíbrio no organismo. O indivíduo não se comporta especificamente para satisfazer as necessidades, mas pelo interesse que tem na

actividade (Deci & Ryan, 2000).

Na Metateoria da Auto-Determinação, a diferenciação da motivação começa com a distinção entre motivação intrínseca e extrínseca. A motivação intrínseca refere-se ao envolvimento activo em tarefas que o indivíduo ache interessantes, e pela satisfação inerente à própria actividade; enquanto que a motivação extrínseca é caracterizada pelo empenho do indivíduo em obter resultados exteriores à tarefa (como por ex. devido a recompensas).

A análise motivacional da auto-regulação tem como conceito central a intenção (Deci & Ryan, 1996 cit. por Rodrigues, 2005). Estar motivado significa ter a intenção de alcançar algum resultado. Para compreender o significado da auto-regulação é necessário distinguir entre os objectivos que são verdadeiramente aceites como nossos e aqueles que são impostos de fora do *self* (Rodrigues, 2005).

Para a maioria das teorias da motivação, os objectivos estão na base do comportamento. Dessa forma, os autores consideram importante diferenciar, o conteúdo dos objectivos ou resultados, dos processos regulatórios pelos quais esses são alcançados. O conteúdo difere conforme a motivação seja intrínseca (eg. objectivos de afiliação, crescimento pessoal) ou extrínseca (eg. objectivos referentes à imagem, fama). Para que se alcancem os objectivos são necessários dois processos: o processo de internalização que designa a transformação de uma regulação externa em interna; e o de integração das regulações para um *self* unificado, coerente (Deci & Ryan, 2000).

O indivíduo satisfaz as suas necessidades quando quer alcançar os objectivos e obter os seus resultados. Os comportamentos orientados por objectivos tanto podem ser controlados como autónomos. A autonomia ocupa uma posição única no conjunto das três necessidades: o facto de se ter capacidade de satisfazer as necessidades de competência e relação pode não ser o suficiente para o comportamento não ser controlado, mas ter a capacidade de satisfazer a necessidade de autonomia é essencial para que um comportamento dirigido por objectivos seja auto-determinado e para que muitos dos seus resultados ocorram (Deci & Ryan, 2000).

Esta metateoria específica ainda que as necessidades básicas, quando estão satisfeitas, o ser humano é motivado de forma autónoma o que permite uma auto-estima genuína ou não contingente, um sentido de valor próprio que é baseado em simplesmente ser o que um indivíduo é, em vez de ser baseado no alcance de sucesso ou na obtenção de determinados resultados (Ryan & Deci, 2004). Quando as necessidades básicas não estão reguladas, e a motivação torna-se orientada para o controlo, o valor próprio é posto em questão, e os indivíduos desenvolvem uma auto-estima que é contingente aos resultados do

seu desempenho (Assor, Roth, & Deci, 2004). Esta forma de motivação pode incluir uma sensibilidade a condições externas (i.e. de situações e outras pessoas) e a imperativos de controlo internos (eg. os deveres de uma pessoa) (Hodgins, Brown & Carver, 2007). No estudo de Hodgins et al. (2007), sobre a motivação para o controlo ou para a autonomia e a auto-estima, os resultados corroboraram este pressuposto, uma vez que a motivação para o controlo baixava o nível de auto-estima implícita em relação à motivação para a autonomia.

### 3.1 Teoria da Avaliação Cognitiva

A Teoria da Avaliação Cognitiva foi apresentada por Deci e Ryan, em 1985, inserida na Metateoria da Auto-Determinação e pretende especificar os factores sociais e ambientais que facilitam ou enfraquecem a motivação intrínseca, e que explicam assim a sua variabilidade. Os indivíduos serão mais ou menos motivados intrinsecamente, conforme as condições que conduzam à sua expressão (Deci & Ryan, 1985 cit. por Rodrigues, 2005; Ryan & Deci, 2000).

Esta teoria centra-se nas necessidades fundamentais para a competência e autonomia. Argumenta que os eventos sociais/contextuais que conduzem a sentimentos de competência durante a acção podem aumentar a motivação intrínseca para essa acção. Os factores que promovem a motivação intrínseca são os desafios óptimos, o feedback informativo positivo, a ausência de avaliações negativas, o reconhecimento, e a autonomia ou possibilidade de fazer opções. Os sentimentos de competência não irão aumentar a motivação intrínseca a não ser que sejam acompanhados por um sentido de autonomia. Em suma, as pessoas devem não só experienciar competência ou eficácia, mas também o seu comportamento como auto-determinado para que se tenha uma motivação intrínseca (Ryan & Deci, 2000).

Segundo alguns estudos que Ryan e Deci (2000) citam, também se coloca a hipótese da importância da necessidade de pertença, uma vez que a motivação intrínseca tem mais probabilidade de surgir em contextos caracterizados por um sentido de segurança e de pertença. Esta conclusão baseia-se na teoria da vinculação, sendo assim a motivação intrínseca mais evidente nos indivíduos com um estilo de vinculação seguro.

Segundo a teoria da avaliação cognitiva, os factores que influenciam a percepção da autonomia e a percepção da competência, afectam a motivação intrínseca e a internalização das regulações externas. A investigação mostrou alguns dos factores que enfraquecem a motivação intrínseca, sendo o caso dos reforços, das ameaças, das pressões avaliativas e

dos objectivos impostos (Rodrigues, 2005).

Deste modo, esta teoria assenta em três pressupostos: o primeiro refere que as causas percebidas dos acontecimentos são vistas como afectando a motivação intrínseca, conforme facilitem o *locus* de causalidade interno ou externo (Ryan & Deci, 1985 cit. por Rodrigues, 2005). A percepção de *locus* de causalidade é concebida como um constructo cognitivo representando o grau em que o indivíduo é auto-determinado em relação ao seu comportamento. A percepção de um *locus* de causalidade externo leva o sujeito a encarar a sua acção como sendo determinada por factores externos, como controlos ou recompensas, e a não se sentir auto-determinado mas pressionado. O segundo, trata da percepção de competência que se tem para desempenhar adequadamente determinada actividade de aprendizagem. O terceiro refere-se ao facto de os acontecimentos relevantes para a iniciação e regulação dos comportamentos terem um significado funcional diferente para cada indivíduo ou para a mesma pessoa em momentos diferentes (Rodrigues, 2005).

### 3.2 Teoria da Integração Organísmica

Deci e Ryan (1985, cit. por Ryan & Deci, 2000) integraram dentro da Metateoria da Auto-Determinação, uma segunda teoria, designada de Teoria da Integração Organísmica, com o objectivo de especificar diferentes formas de motivação extrínseca e os factores contextuais que promovem ou enfraquecem a internalização e a integração da regulação do comportamento.

Os autores consideram que não é adequado afirmar que o comportamento extrinsecamente motivado não possa ter autonomia, existindo um contínuo e não uma dicotomia entre motivação intrínseca e extrínseca, em que a motivação extrínseca pode variar relativamente ao seu grau de autonomia (Ryan & Deci, 2000).

Esta teoria apresenta uma análise da auto-regulação, que se refere à forma como as pessoas transformam progressivamente os valores sociais e as contingências extrínsecas em valores pessoais e nas suas próprias motivações (Ryan & Deci, 2000). Baseia-se na suposição de que as pessoas estão naturalmente inclinadas para integrar as suas experiências, defendendo que têm os elementos necessários para o fazer. Postula que se as sugestões externas forem feitas por outros significativos ou por grupos de referência para encorajar as pessoas a fazer uma actividade desinteressante (para a qual não está intrinsecamente motivado), os indivíduos tendem a interiorizar as actividades que inicialmente tinham regulação externa (Ryan & Deci, 2002 cit. por Rodrigues, 2005).

Deste modo, quanto mais interiorizadas estiverem as regulações extrínsecas do

comportamento mais se tornam parte do self. O que caracteriza diferentes tipos de motivação que assim têm diferentes estilos regulatórios, de acordo com o seu grau de internalização no self (Ryan & Deci, 2000).

Os tipos de motivação são organizados num continuum que reflecte o grau em que estas são auto-determinadas, caracterizadas pelos seus estilos regulatórios que são mais, ou menos autónomos, conforme o *locus* de causalidade percebido. De um extremo do continuum apresenta-se um *locus* de causalidade impessoal/externo que reflecte a ausência de auto-determinação, neste caso o que impele a acção do indivíduo são factores externos. No outro extremo apresenta-se um *locus* de causalidade interno que reflecte uma regulação que é no seu máximo auto-determinada, onde as actividades são efectuadas puramente pelo prazer e alegria que lhes são provenientes, isto é uma regulação intrínseca (Kernis et al., 2000).

Deste modo, seguindo uma ordem de graduação do *locus* de causalidade percebido que vai desde o totalmente impessoal (não agir, ou agir sem intenção), seguindo-se, o externo, pouco externo, algo interno até ao totalmente interno; verificam-se pela mesma ordem, os seguintes estilos regulatórios: a ausência de regulação; as regulações externa, introjectada, identificada, integrada, que caracterizam diferentes formas de motivação extrínseca; e a regulação intrínseca que caracteriza a motivação intrínseca.

## **4. As Necessidades Psicológicas e o Processo Psicoterapêutico**

### **4.1 Aliança terapêutica**

Na relação terapêutica cria-se o espaço propício para o acesso à consciência das necessidades psicológicas. De entre os vários elementos presentes na relação terapêutica, as características do terapeuta e do cliente, as respostas individualizadas do terapeuta (atitudes e intervenções apropriadas a cada cliente), as condições facilitadoras (empatia, aceitação incondicional, genuinidade), estilos de vinculação e necessidades do terapeuta e do cliente, a aliança terapêutica parece ser o elemento mais importante (Bachelor & Horvath, 1999; Conceição & Vasco, 2005).

De acordo com Hardy, Cahill e Barkham (2007), os estádios principais da relação terapêutica são o estabelecimento, o desenvolvimento e a manutenção da relação. O estabelecimento da relação terapêutica tem como objectivo primário a adesão do paciente à terapia e envolve as suas expectativas, intenções, motivações e esperanças. No desenvolvimento da relação considera-se as técnicas e os objectivos terapêuticos. Finalmente, na manutenção foca-se a contínua satisfação do paciente com a relação e uma maior capacidade do paciente para expressar as suas emoções e para experienciar uma mudança de visão do self. Os factores contextuais também têm um impacto na qualidade da relação terapêutica, nomeadamente as características do paciente e do terapeuta, os seus estilos de vinculação, a complexidade do problema do paciente, as variáveis culturais e demográficas (Hardy, Cahill & Barkham, 2007).

Segundo Conceição e Vasco (2005), a relação terapêutica é vital para desbloquear o acesso às emoções e desenvolver a sensação de agência, através, por exemplo, da validação da resistência do cliente e do estabelecimento dos próprios limites com o terapeuta que assim vai promover a capacidade do cliente de regular as suas necessidades de forma mais agencial e directa, permitindo que este chegue à necessidade (ao “querer”). Safran e Muran (2000, cit. por Conceição e Vasco, 2005) afirmam que os indivíduos que têm dificuldade em aceder às suas necessidades, essa mesma dificuldade pode ser um indicador que precisam de mais apoio empático e que lhes seja oferecido um espaço para explorar essa dificuldade.

Bordin (1979), conceptualizou a aliança terapêutica em três elementos essenciais: os laços interpessoais (a qualidade do afecto da relação entre paciente e terapeuta), o acordo dos objectivos da terapia e a colaboração nas tarefas terapêuticas (actividades

específicas à terapia). Este autor afasta-se, assim, das conceptualizações mais psicanalíticas, conferindo à aliança um carácter neutro e amplo em relação às orientações teóricas (Bachelor & Horvath, 1999), tornando-se uma variável integrativa por excelência.

Segundo Safran e Muran (2000), esta conceptualização mais generalizada da aliança, tem várias implicações importantes: 1) enfatiza a interdependência dos factores relacionais e técnicos na psicoterapia; a intervenção depende do significado idiossincrático que tem para o paciente, e dessa forma tem um impacto positivo ou negativo no laço entre paciente e terapeuta, 2) providência um campo de trabalho e funciona como um guia terapêutico, 3) as rupturas da aliança fornecem uma importante oportunidade de mudança, sendo conceptualizadas como desentendimentos sobre as tarefas ou objectivos, ou problemas no laço, 4) realça a importância da negociação, entre terapeuta e paciente, sobre as tarefas e os objectivos. Safran e Muran (2000, cit. por Hardy et al., 2007) consideram a negociação central para o processo de mudança. O terapeuta e o paciente trazem ambos para a relação as suas expectativas, crenças, atitudes, necessidades e características únicas, o que significa que para o desenvolvimento de uma boa aliança terapêutica será necessário uma negociação contínua entre as necessidades do self e as necessidades do outro.

Relativamente às rupturas na aliança, Safran (1993) refere que as rupturas providenciam uma oportunidade importante de clarificar factores que podem criar barreiras para uma relação autêntica no quotidiano dos pacientes. O paciente fica com a experiência da tarefa de reconciliação das suas necessidades de relação e agência, e de aceitar tanto o seu *self* como do outro.

A importância da componente aliança terapêutica, tem sido objecto de investigação, desenvolvendo-se instrumentos que permitiram o estudo empírico da sua qualidade, bem como a sua ligação com os resultados terapêuticos (Bachelor & Horvath, 1999). A sua qualidade, é possivelmente, o melhor preditor dos resultados terapêuticos (Horvath & Symonds, 1991 cit. por Vasco, Silva & Chambel, 2001), e que mais consistentemente se encontra relacionada com a eficácia da intervenção (independentemente da orientação teórica), bem como sendo o “factor comum” mais frequentemente mencionado (Vasco, Silva & Chambel, 2001).

O movimento das “*Relações Terapêuticas Empiricamente Suportadas*”, liderado por Norcross que visou a delineação e disseminação da evidência empírica do papel da relação na terapia, concluiu que a qualidade da relação terapêutica tem um peso determinante nos resultados da intervenção em todas as orientações teóricas e que esta interage com intervenções específicas e características do paciente e do terapeuta na determinação dos resultados (Norcross, 2002 cit. por Horvath, 2006). O movimento dos



*“Princípios Empiricamente Suportados de Mudança Terapêutica”* também destaca os factores relacionais entre os princípios da mudança suportados empiricamente e refere que a aliança correlaciona-se positivamente com a mudança terapêutica, ao longo de diferentes intervenções e questões clínicas (Castonguay & Beutler, 2006).

#### 4.2 Experiências emocionais correctivas

Alexander e French (1946, cit. por Bridges, 2006) são os autores da expressão “experiências emocionais correctivas” para descrever a transformação de conflitos emocionais dolorosos na relação terapêutica. Estes autores definem essas experiências como “reexperienciar um conflito antigo mas com um novo fim” (Bridges, 2006 pág. 551), enfatizando a importância de se trabalhar os conflitos emocionais dolorosos através da experiência de sentimentos novos e mais adaptativos na relação terapêutica. O trabalho terapêutico de Greenberg (2002) apoiou esses autores, na medida em que a experiência dos pacientes nas sessões e o processamento de emoções dolorosas não resolvidas numa relação terapêutica empática e segura, são necessárias para trazer esse “novo fim” e, assim, a mudança terapêutica (Bridges, 2006). Teyber (2000, cit. por Bernier & Dozier, 2002) refere as experiências emocionais correctivas como experiências de reaprendizagem pela qual o cliente pode em segurança alterar os seus padrões rígidos através da exposição a novas experiências emocionais.

#### 4.3 Consciencialização da emoção e regulação das necessidades psicológicas

De acordo com a Terapia Focada na Emoção (Greenberg, 2002), o primeiro princípio de mudança, é a promoção da consciência emocional. Tornar-se consciente e simbolizar em palavras certos tipos de experiências emocionais, providencia o acesso à informação da emoção. Simbolizar a emoção na consciência promove a reflexão sobre as experiências, criando novos significados e ajudando o indivíduo a desenvolver novas narrativas para explicar essas experiências. Assim, a consciência emocional não é pensar sobre os sentimentos, mas experienciar esses sentimentos conscientemente, através da promoção emocional e de não se evitar os sentimentos dolorosos.

A activação emocional e a regulação emocional, constituem o segundo princípio de mudança. A regulação da emoção envolve capacidades como as de identificar e categorizar emoções, aumentar emoções positivas, reduzir a vulnerabilidade a emoções negativas, etc. (Greenberg, 2002). Deste modo, é necessário um aumento da consciência emocional para

que as necessidades possam ser identificadas e reguladas.

A Metateoria da Auto-determinação também apoia uma consciência aumentada da realidade designando-a de “*mindfulness*”, definida como um “estado de atenção e consciência aumentada da experiência ou realidade do presente” (Brown & Ryan, 2003 pág. 822). Segundo Deci e Ryan (2008), este é um meio para os indivíduos ficarem mais em contacto com as suas emoções, bem como as experiências dolorosas que têm sido bloqueadas ou suprimidas. Através da consciencialização, os indivíduos são capazes de analisar os seus sentimentos, experiências, e de trabalhar a integração desse material. Os autores concordam que um dos objectivos importantes da terapia é facilitar a consciencialização do paciente das suas necessidades básicas e de explorar as oportunidades para alcançar uma melhor regulação destas (Deci & Ryan, 2008). Em contraste com uma forma de processamento automático ou controlado que muitas vezes não tem em consideração as opções que seriam mais congruentes com as necessidades e com os valores (Deci & Ryan, 1980 cit. por Brown & Ryan, 2003).

Sendo as necessidades psicológicas uma instância do *self*, para as conhecer, proteger e regular será necessário invocar outra instância do *self*, a responsabilidade pessoal ou a sensação de agência. Deste modo, a consciencialização da emoção e também da agência são vitais à regulação das necessidades (Conceição & Vasco, 2005).

#### 4.4 Suporte da autonomia e motivação para a terapia

A Metateoria da Auto-determinação (Deci & Ryan, 2000) parece ser um guia promissor para a investigação dos factores comuns, presentes em todas as formas de terapia, que predizem os resultados da terapia (Markland, Ryan, Tobin, & Rollnick, 2005; Sheldon, Joiner, Pettit, & Williams, 2003 cit. por Zuroff et al. 2007).

O conceito fundamental desta metateoria é a motivação autónoma. As pessoas estão motivadas autonomamente quando escolhem de forma livre os seus objectivos e essa escolha parte delas próprias. Em contraste, as pessoas que têm uma motivação controlada sentem que as suas escolhas não partem delas próprias, reflectindo processos internos (por ex. culpa) ou externos (por ex. as recompensas) (Zuroff et al., 2007).

Segundo Zuroff et al. (2007), esta metateoria especifica três tipos de suporte ambiental que estão associados com uma maior motivação autónoma: estrutura, suporte de autonomia, e envolvimento. O mais estudado é o *suporte da autonomia*. Um ambiente de *suporte da autonomia*, facilita o processo de internalização das exigências e regulações do meio, de forma a que sejam experienciadas como significativas para o indivíduo e como

objectivos que são escolhidos livremente. A investigação tem demonstrado que este tipo de ambiente estimula o comportamento motivado autonomamente, levando a melhores resultados num elevado número de contextos (Deci & Ryan, 2000).

O suporte da autonomia é constituído por três componentes, conforme foi conceptualizado por Deci e Ryan (1985b). Primeiro, o terapeuta deve conhecer a perspectiva do cliente; segundo, deve fornecer poder de escolha ao cliente, sempre que possível, o que inclui apoiar as iniciativas próprias deste no que se refere ao problema ou ao alcance de objectivos; terceiro, deve fornecer a informação necessária do racional da terapia (Sheldon, Joiner, Pettit & Williams, 2003). Segundo Sheldon et al. (2003), a investigação também demonstra que os clientes com um estilo de personalidade “orientado para o controlo”, também beneficiam do suporte da autonomia.

De acordo com Sheldon et al. (2003), os princípios da metateoria da auto-determinação podem ser aplicados no contexto de tratamentos médicos e clínicos, mostrando-se profícuos na adesão do paciente e continuação do tratamento. A investigação tem demonstrado que uma motivação autónoma para iniciar um tratamento leva a melhores resultados (Zuroff et al. 2007) como no caso da diabetes (Williams, Freedman & Deci, 1998), obesidade mórbida (Williams, Grow, Freedman & Deci, 1996), dependência de opiáceos (Zeldman, Ryan & Fiscella, 2004), dependência do álcool (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995) e dependência de tabaco (Williams, Gagné, Ryan & Deci, 2002). Zeldman, Ryan e Fiscella (2004), explicam que de acordo com a metateoria da auto-determinação, as abordagens que visam um *suporte da autonomia* encorajam o indivíduo a responsabilizar-se pela mudança, o que pode facilitar um compromisso a longo - prazo e crescimento pessoal. Um ambiente de *suporte da autonomia* ajuda o cliente a compreender o racional do tratamento e a participar continuamente, a conhecer os seus sentimentos e perspectivas, e a dar relevância às suas próprias escolhas (Deci, Eghari, Patrick, & Leone, 1994; Ryan, 1995). A investigação tem demonstrado que os pacientes aumentam a sua adesão ao tratamento e obtém melhores resultados quando são escutados, no caso de lhes ser fornecido algumas escolhas e quando são aceites em vez de julgados (Zeldman, Ryan & Fiscella, 2004). Segundo Macgregor et al. (2006), também há estudos que indicam que as pessoas ao estarem motivadas autonomamente sentem-se mais competentes para conseguir resultados relevantes na sua saúde.

Relativamente à motivação para a terapia, esta metateoria, como já foi mencionado, descreve vários tipos de motivação que variam num continuum de relativa autonomia e que podem levar o indivíduo à terapia. Deste modo os autores descrevem em primeiro lugar, que o indivíduo pode ser pressionado ou influenciado por factores externos para ir para à

terapia. Em segundo lugar, a *introyecção* é evidente quando o indivíduo inicia a terapia devido aos “devos”, à culpa, ou pela aprovação social. Em terceiro lugar, os indivíduos, de uma forma mais autónoma, podem *identificar-se* com os objectivos da terapia e procurar voluntariamente a mudança. Esta identificação será transformada numa *regulação integrada* quando se tornar congruente com todos os valores e percepções do indivíduo. Finalmente, os pacientes podem aderir à terapia com uma motivação intrínseca, resultante da curiosidade e do interesse do que pode ocorrer nesta. Deste modo, quanto menos autónoma for o motivo que traz o indivíduo à terapia, menor será a adesão e a continuação na terapia (Deci & Ryan, 2008).

#### 4.4.1 Suporte da autonomia, regulação das necessidades e aliança terapêutica

A Metateoria da Auto-Determinação propõe que os indivíduos que aderem autonomamente ao processo terapêutico irão mais provavelmente integrar a aprendizagem e a mudança de comportamento, o que resultará em efeitos mais positivos. Independentemente da motivação inicial, esta metateoria argumenta que um ambiente de suporte da autonomia facilita a regulação das necessidades, sendo essencial para que os clientes adiram à terapia e internalizem a mudança. Para o suporte da autonomia é fundamental a validação, aceitação incondicional, compreender e conhecer as perspectivas dos clientes. Os pacientes podem assim identificar e integrar no seu sentido do self, os valores e as regulações de novas formas de ser, perceber, e comportar (Deci & Ryan, 2008).

Para esta abordagem é fundamental a importância da experiência do sentimento de autonomia, competência e pertença em especial na motivação para a mudança (Sheldon et al., 2003). A relação terapêutica e o sentido de ser acarinhado e ligado ao outro, é fundamental para a internalização e valorização do processo terapêutico. O envolvimento e calor genuíno do terapeuta no processo vai permitir a satisfação da necessidade de pertença. A necessidade de competência diz respeito ao suporte do terapeuta na eficácia do paciente, relativamente ao alcance de seus objectivos internos (Deci & Ryan, 2008).

A Metateoria da Auto-Determinação não refere a componente de aliança terapêutica, mas o *suporte da autonomia* também pode favorecer o acordo nos objectivos e nas tarefas de tratamento, bem como o laço entre terapeuta e paciente (Zuroff et al., 2007). Os autores, Zuroff et al. (2007), formularam e investigaram essa questão, confirmando a relação positiva existente entre o *suporte da autonomia* e a aliança. Concluíram que a motivação autónoma do paciente com depressão, resultante do suporte da autonomia do

terapeuta, não diferia consoante a orientação (terapia interpessoal, terapia cognitivo - comportamental e terapia farmacológica), acrescentando ainda que consistia num melhor preditor dos resultados do que a própria aliança terapêutica. Este resultado corrobora a ideia inicialmente referida, sobre a importância do conceito de suporte de autonomia, enquanto factor comum no processo terapêutico.

#### 4.5 Metamodelo de Complementaridade Paradigmática

O Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006)) surge para dar resposta à necessidade de existir um metamodelo de integração em psicoterapia que tomasse em consideração os modelos integrativos já existentes. Esses modelos ou acentuam as “variáveis do paciente” ou a “conceptualização de estádios terapêuticos”. Neste último caso, pode-se referir dois grupos de modelos. O primeiro grupo pode ser conceptualizado como “sequências temporais de objectivos estratégicos” situando-se num nível de abstracção mais elevado do que o segundo grupo, que pode ser definido como instâncias de “conceptualização de caso”, sugerindo formas específicas de intervenção baseadas nas características dos pacientes e marcadores terapêuticos. Este metamodelo para além de considerar as formas de conceptualização referidas, também tem em conta “os princípios gerais de mudança terapêutica”, atribuindo-lhes a mesma importância no seu contributo para o processo de tomada de decisão clínica (Vasco, 2006).

Deste modo, as componentes presentes neste modelo são quatro: os “princípios gerais de mudança” (o “quê” da terapia); a aliança terapêutica (o “estar”em terapia); a “conceptualização do paciente e do problema” (o “quê” mais o “como” da terapia); a “sequência temporal de fases relativas a objectivos sequenciais estratégicos” (o “quando” da terapia) (Vasco, 2006).

As fases são definidas em termos de objectivos estratégicos a serem predominantemente promovidos pelo terapeuta (Conceição, 2005). O modelo é assim constituído por sete fases: 1. *Confiança, Motivação e Estruturação da Relação*, com os principais objectivos estratégicos de escutar as preocupações e queixas do paciente; validar; promover confiança, esperança, segurança; estabelecer uma aliança terapêutica; estabelecer objectivos terapêuticos; estruturar a terapia em termos de papéis e regras. 2. *Aumentar a Consciência da Experiência e do Self*, com os objectivos de auxiliar o paciente a diferenciar problemas; focar a atenção em um problema de cada vez; distanciar-se dos problemas; diferenciar entre sentimentos, pensamentos e acções; aumentar a consciência das relações e conflitos interpessoais; aumentar a consciência das características, regras e

conflitos do *self*. 3. *Construção de Novos Significados Relativos à Experiência e ao Self*, com os objectivos de auxiliar o paciente a relacionar sentimentos, pensamentos e acções; clarificar o significado de experiências e acções, clarificar atribuições (necessidades e atribuições causais) relativas a sentimentos e acções; relacionar o passado com o presente e o futuro; negociar novas explicações para os problemas do paciente. 4. *Regulação da Responsabilidade*, com os objectivos de aumentar a consciência das necessidades; diferenciar necessidades adaptativas de outras; promover a auto-eficácia e recursos para a mudança; diferenciar a responsabilidade própria da de outros para a origem e manutenção dos problemas; promover responsabilidade por sentimentos, pensamentos e acções; promover compaixão relativamente ao *self*. 5. *Implementação de Acções Reparadoras*, com os objectivos de promover o ensaio e a implementação de planos de acção que possam satisfazer necessidades não satisfeitas; permitir as emoções; expor-se a emoções, pensamentos e situações previamente evitadas; flexibilizar modos de ser; relacionar-se com os outros e consigo próprio de formas mais autênticas e gratificantes. 6. *Consolidação da Mudança*, com os objectivos de lidar com obstáculos intra e interpessoais à consolidação da mudança; harmonizar diferentes partes do *self* e da experiência; estabelecer e acarinhlar relações que apóiem o *self* emergente; generalizar e aprofundar novas atitudes e comportamentos. 7. *Antecipação do futuro e Prevenção de Recaída*, com os objectivos de antecipar dificuldades futuras; aumentar a consciência dos recursos acrescido para lidar com as dificuldades futuras; antecipar possibilidades e gratificações futuras; encarar as dificuldades futuras como oportunidades de crescimento; desenvolver uma atitude de apreciação face ao “novo” (Vasco, 2006).

As fases não são estanques e que se podem sobrepor-se parcialmente, variando na sua duração, no sentido de se verificarem movimentos de “avanço e de recuo” entre as fases. A linearidade sequencial das fases vai depender do grau de complexidade do caso, sendo a sequência mais linear quanto menos complexo for o caso (Vasco, 2006).

## OBJECTIVOS E VARIÁVEIS

O propósito do presente estudo é compreender o processo de regulação das necessidades básicas psicológicas em diferentes momentos, ao longo do processo psicoterapêutico. Mais especificamente, pretende-se também ver qual a sua relação com o nível de auto-estima do paciente. O estudo vai assim, avaliar os sujeitos nos seguintes momentos do processo: início (primeira sessão), fase 1 e fase 2 (sétima sessão), fase 3 e 4 (décima quarta sessão), fase 5 (vigésima primeira sessão), fase 6 e 7 e final da terapia (última sessão). Deste modo, colocam-se as seguintes hipóteses:

Com base na Metateoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 2000), parte-se do pressuposto que uma auto-estima genuína resulta da satisfação das necessidades básicas psicológicas de autonomia, competência e pertença e assim:

1) Espera-se que o grau de regulação das necessidades psicológicas básicas esteja positivamente associado ao nível de auto-estima do paciente no momento em que vai iniciar o processo psicoterapêutico.

Em relação ao processo psicoterapêutico, recorrendo-se ao Metamodelo da Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006):

2) Espera-se que o nível de auto-estima do paciente seja maior no final do processo psicoterapêutico do que no seu início.

3) Espera-se um maior grau de regulação das necessidades de autonomia, competência e pertença do paciente resultante da assimilação dos objectivos estratégicos da fase 4 e 5 do Metamodelo da Complementaridade Paradigmática.

3.1) Espera-se um maior grau de regulação da necessidade de autonomia no início (primeiro momento) do processo psicoterapêutico em relação ao grau de regulação das necessidades de competência e pertença.

3.2) Espera-se um maior grau de regulação das necessidades resultante do estabelecimento da aliança terapêutica no segundo momento (relativo à fase 1 e 2) do processo psicoterapêutico. Partindo-se do pressuposto que as características da relação terapêutica permitem que o cliente possa aceder à consciência das suas necessidades psicológicas, através da consciencialização emocional, de modo a regulá-las.

3.2.1) Espera-se um maior grau de regulação da necessidade de pertença resultante do estabelecimento da aliança terapêutica no segundo momento do processo psicoterapêutico.

3.3) Espera-se um maior grau de regulação da necessidade de competência no terceiro momento (relativo à fase 3 e 4) e no quarto momento (relativo à fase 5) do processo

psicoterapêutico em relação aos momentos anteriores.

As variáveis que assim estão presentes neste estudo são: o grau de regulação das necessidades básicas psicológicas de autonomia, pertença e autonomia da Metateoria da Auto-Determinação; o nível da auto-estima global que se refere à forma como a pessoa se sente no geral consigo própria, e não relativamente a um domínio específico da sua vida; a qualidade da aliança terapêutica conforme conceptualizada por Bordin (1979); e os momentos do processo psicoterapêutico do Metamodelo da Complemetariedade Paradigmática: primeira sessão, sétima sessão, décima quarta sessão, vigésima primeira sessão e última sessão. Escolhem-se estes cinco momentos, uma vez que se pretende obter informação sobre a regulação das necessidades psicológicas em todas fases que caracterizam o processo psicoterapêutico- a fase 1 e fase 2 são avaliadas na sétima sessão, a fase 3 e 4 são avaliadas na décima quarta sessão, a fase 5 na vigésima primeira sessão e na última sessão (ou a partir da vigésima primeira) a fase 6 e 7.



## **METODOLOGIA**

### **5. Selecção e obtenção da amostra**

O procedimento de selecção da amostra não será intencional, uma vez que a constituição da amostra será efectuada através do contacto com os psicoterapeutas e seus pacientes que se disponibilizem a participar. A amostra deste estudo deverá compreender um mínimo de 30 díades (paciente-terapeuta).

A amostra deve incluir pacientes que pretendem iniciar uma psicoterapia individual em contexto privado, entre os 20-40 anos (Lourenço, 2002), do género masculino e feminino, com pelo menos o 9º ano de escolaridade e sem a presença de patologias relacionadas com o agrupamento das psicoses e a utilização de substâncias. Escolhem-se participantes na mesma etapa da vida psicológica a fim de controlar as diferenças nas necessidades psicológicas de indivíduos em diferentes etapas da vida, com o 9º ano de escolaridade por ser o mínimo de escolaridade obrigatória em Portugal e para se garantir a compreensão dos questionários aplicados, e sem a presença de sintomas psicóticos ou prática de uso de substâncias, uma vez que neste caso os sujeitos podem apresentar alterações da consciência.

### **6. Instrumentos de avaliação**

#### Dados sócio-demográficos

Nesta secção recolhe-se a informação que caracteriza a amostra a nível sócio-demográfico, no qual constam para os pacientes questões relativas à idade, naturalidade, género, estado civil, habilitações literárias e profissão; e para os terapeutas questões relativas à idade, naturalidade, género, estado civil, anos de experiência clínica e orientação teórica.

#### 1. Escala de Auto-estima de Rosenberg

Para este estudo utiliza-se a versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg (Dias & Fontaine, 2001). A escala é constituída por 10 itens destinados a avaliar o nível da auto-estima (baixo, moderado e elevado). Desses itens, 5 são afirmações expressas de forma positiva (ex. “sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maior parte

das pessoas”, “sinto que tenho um certo número de boas qualidades”, “sinto-me uma pessoa de valor pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas”), e 5 são frases expressas de forma negativa (ex. “por vezes penso que nada valho”, “gostaria de ter mais respeito por mim próprio”). Cada frase é classificada numa escala de Lickert de 4 pontos de 1- “discordo inteiramente” a 4-“concordo inteiramente”. O valor total da auto-estima é obtido somando os valores dos diferentes itens e varia entre 10 e 40 sendo mais elevada quanto maior for esse valor (Dias & Fontaine, 2001).

Dias e Fontaine (2001) efectuaram uma análise factorial em factores comuns e únicos, sem limite de factores, com rotação *varimax*. As autoras obtiveram dois factores com valor próprio superior a um (valores próprios: 4,53 e 1,23), os quais explicam 57,7% da variância total. Uma análise mais detalhada das questões que saturam os dois factores, permitiu constatar que o segundo factor (ex. “sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maior parte das pessoas”, “sinto que tenho um certo número de boas qualidades”, “sinto-me uma pessoa de valor pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas”) capta uma avaliação do valor que o indivíduo se auto-atribui em comparação com os outros, enquanto que as questões que definem o primeiro factor (ex. “por vezes penso que nada valho”, “gostaria de ter mais respeito por mim próprio”) captam melhor uma avaliação que se relaciona com as ambições e as exigências que o indivíduo tem em relação a si próprio. Através da análise factorial limitada a dois factores, só o valor próprio do primeiro factor se manteve superior a um. Este factor explicava 85 % da variância comum e agrupava a maioria dos itens do questionário, pelo que pareceu razoável considerar a escala como unifactorial. O cálculo da consistência interna da escala total teve o valor *alpha* de Cronbach de 0,86 (Dias & Fontaine, 2001).

A fidelidade avaliada por teste-reteste com um intervalo de duas semanas para uma amostra de jovens universitários é de 0,85 (Silber & Tippet, 1965 cit. por Dias & Fontaine, 2001). Os estudos de investigação de Rosenberg e os de outros autores por ele revistos, apoiam a validade do constructo da escala. Vários estudos de Harter (1983, cit. por Dias & Fontaine, 2001) confirmam também a boa validade intercultural do constructo.

## 2. Escala de Necessidades Básicas Psicológicas de Deci e Ryan

A escala de necessidades básicas psicológicas é um conjunto de subescalas que avaliam a satisfação das necessidades básicas psicológicas de pertença, competência e autonomia. Esta escala é composta por uma subescala que se refere à satisfação das necessidades na vida em geral e por duas que se referem a domínios mais específicos: da

satisfação no trabalho e nas relações interpessoais.

Neste estudo utiliza-se a subescala no domínio geral, pois pretende-se avaliar a satisfação das necessidades na vida em geral e não somente num contexto da vida específico. A escala é constituída por 21 itens, que medem a satisfação das três necessidades psicológicas básicas: autonomia (7 itens, ex. “sinto que sou livre de decidir para mim próprio como viver a minha vida.”), competência (6 itens, ex. na minha vida não tenho muita oportunidade de mostrar o quanto sou capaz.”), e pertença (8 itens, ex. “eu relaciono-me com as pessoas com quem interajo”). Os itens são avaliados numa escala de Lickert de 7 pontos, de 1- “não é nada verdadeiro” a 7- “muito verdadeiro”, tendo em conta o grau em que cada necessidade psicológica é geralmente satisfeita na vida do indivíduo.

Para se efectuar a cotação tem que se inverter (I) primeiro os pontos obtidos nos itens que são redigidos de forma negativa. Para isso tem que se subtrair 8 pontos à pontuação obtida, por ex. se a pontuação é de 2 pontos, ao subtrair 8, esta fica 6 pontos (sem o sinal negativo). Após esta operação basta somar todos os pontos, obtendo-se uma pontuação final para cada necessidade. As pontuações variam de 7 a 49 para a necessidade de autonomia: itens 1, 4(I), 8, 11(I), 14, 17, 20(I); de 6 a 42 para a competência: itens 3(I), 5, 10, 13, 15(I), 19(I); de 8 a 56 para a pertença: itens 2, 6, 7(I), 9, 12, 16(I), 18(I), 21; e de 21 a 147 para a pontuação total.

Segundo o estudo de Wei, Shaffer, Young & Zakalik (2005), a escala tem itens com coeficientes de alpha .68, .75, .85 para a autonomia, competência e pertença respectivamente e para o resultado total .90.

Propõe-se uma tradução da escala para a língua portuguesa que está em anexo, sendo necessária uma aferição com amostra portuguesa.

### 3. Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)

O Inventário da Aliança Terapêutica que se vai utilizar neste estudo é a versão portuguesa reduzida do Working Alliance Inventory (WAI, Machado & Horvath, 1999).

A versão portuguesa da escala original é constituída por três subescalas que se referem a: 1) acordo nas tarefas; 2) acordo nos objectivos; e 3) desenvolvimento da relação. No total tem 36 itens, sendo cada subescala constituída por 12 itens, avaliados numa escala de tipo Likert de 7 pontos de 1-”nunca” a 7-”sempre”. Os participantes avaliam a frequência de sentimentos e pensamentos acerca do outro elemento da díade terapêutica (Conceição, 2005).

Este instrumento apresenta adequados índices de fiabilidade, com alfa de Cronbach

de .95 para a escala total, .93 para a tarefa, .87 para a relação e .80 para os objectivos (Machado & Horvath, 1999). As características psicométricas são comparáveis às da escala original (Tracey & Kokotovic, 1989 cit. por Conceição, 2005).

A versão reduzida que se vai utilizar neste estudo foi derivada desta escala e é constituída por 12 itens destinados a avaliar a qualidade de aliança terapêutica. Os itens para esta versão foram seleccionados escolhendo-se os quatro itens de cada subescala com maior peso nos respectivos factores. Segundo Machado e Horvath (1999), esta escala tem uma menor fiabilidade dos resultados das subescalas, devido ao número restrito de itens que a constituem. No entanto, os autores afirmam que o resultado total mostrou-se consistente.

Actualmente existem quatro versões deste instrumentos: para o cliente (WAIc), para o terapeuta (WAIr), para o observador (WAIo), e a versão reduzida (WAIr) para o cliente e para o terapeuta (Machado & Horvath, 1999).

#### 4. Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos - IAOE-CP

O Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos, ainda em versão experimental (IAOE: Medina, Vasco, Conceição, Nave & Moleiro, 2004 cit. por Conceição, 2005), foi construído com base na componente sequencial de sete fases do Metamodelo de Complementaridade Paradigmática. O inventário tem como objectivo avaliar as capacidades estruturais do paciente resultantes da assimilação dos objectivos estratégicos

O inventário é constituído por 28 itens avaliados numa escala de Lickert de 7 pontos de 1- “nada descritivo” a 7- “totalmente descritivo”, procurando capturar as conquistas alcançadas depois do trabalho predominante em cada uma das fases (Conceição, 2005).

Existem duas versões deste inventário, uma para o paciente e a outra para o terapeuta. Utiliza-se a versão do terapeuta, em que este responde em que medida sente que os itens descrevem aquilo que o paciente está capaz de processar (ex.: “nesta fase da psicoterapia considero que o meu(a) paciente está capaz de perceber o modo como se relaciona com os outros”) (Conceição, 2005).

Para este questionário os dados revelaram elevados índices de consistência interna das subescalas (.85, .85, .84, .86, .92, .93 e .82, respectivamente) e também para a escala global IAOE-CP (.97) (Conceição, 2005).

## 5. Inventário Breve de Sintomas (BSI)

O BSI (Derogatis & Spencer, 1982) é um inventário de 53 itens que pretende avaliar os padrões de sintomas psicológicos de pacientes assim como da população não clínica. Cada item é avaliado numa escala de 5 pontos de Lickert de 0-“nada” a 4-“extremamente”. A resposta deverá corresponder ao que melhor descreve a forma como um determinado problema afectou o paciente nos passados sete dias. O inventário é constituído por 9 dimensões de sintomas: somatização (7 itens), obsessão-compulsão (6 itens), sensibilidade interpessoal (4 itens), depressão (6 itens), ansiedade (6 itens), hostilidade (5 itens), ansiedade fóbica (5 itens), ideação paranóide (5 itens), psicoticismo (5 itens) e ainda mais 4 itens que não se integram em nenhuma das dimensões, mas que foram mantidos pela sua importância clínica. Estas dimensões foram desenvolvidas através da combinação de procedimentos clínicos/rationais e empíricos/analíticos (Derogatis & Spencer, 1982). Os itens que formam as nove dimensões, constituem no seu conjunto importantes elementos de psicopatologia, considerados pelos manuais de classificação diagnóstica mais utilizados (Canavarro, 1999).

Foram desenvolvidos três índices globais - o índice de severidade global (GSI), o índice de sintomas de perturbação positivos (PSDI) e o total de sintomas positivos (PST); que são adicionados para uma maior flexibilização da avaliação geral do estado psicopatológico do paciente. A investigação que usou medidas semelhantes confirmou o racional que os três índices reflectiam aspectos distintos da perturbação psicológica (Derogatis, Yevzeroff & Wittelsberger, 1975 cit por Derogatis & Spencer, 1982). O GSI mede o nível de perturbação, o PSDI é uma medida de intensidade dos sintomas e o PST indica o número de sintomas (Derogatis & Spencer, 1982).

A versão utilizada foi traduzida e adaptada para a população portuguesa (Canavarro, 1999). Esta versão apresenta uma boa consistência interna de valores alfa dos diversos itens do inventário e dos valores globais da escala entre 0.7 e 0.8, à excepção dos valores encontrados para as escalas de ansiedade fóbica e de psicoticismo, que apresentam valores ligeiramente abaixo do referido. As correlações de Pearson entre os valores obtidos em cada escala, nas duas passagens que correspondem a um intervalo mínimo de três semanas e um máximo de seis, são indicativos de que este inventário possui uma boa estabilidade temporal (Canavarro, 1999).

## 7. Procedimento

Serão contactados e convidados psicoterapeutas com prática clínica em contexto privado para participarem no estudo. Apresentar-se-á uma carta de apresentação da investigação e da investigadora e o pedido de assinatura que confirme a concordância (consentimento informado). A carta que se encontra em anexo explicará a natureza do estudo e o seu objectivo. A colaboração será voluntária e garantir-se-á a confidencialidade das respostas fornecidas. A selecção dos terapeutas e seus pacientes será de acordo com a sua disponibilidade.

Será entregue ao terapeuta o caderno do terapeuta e do paciente com todos os instrumentos de medida e procedimentos a seguir. O caderno do paciente conterá cinco pastas referentes aos diferentes momentos do processo psicoterapêutico: primeiro momento (início do processo psicoterapêutico), segundo momento (fase 1 e fase 2), terceiro momento (fase 3 e 4), quarto momento (fase 5), quinto momento (fase 6 e 7 e final do processo psicoterapêutico).

Na primeira pasta - os dados sócio-demográficos, a escala de auto-estima de Rosenberg (Dias e Fontaine, 2001), a escala das necessidades básicas psicológicas de domínio geral de Deci e Ryan e o BSI (Canavarro, 1999); na segunda pasta - a escala das necessidades básicas psicológicas de domínio geral e o inventário da aliança terapêutica (versão reduzida); na terceira e quarta pasta - a escala das necessidades básicas psicológicas de domínio geral e na quinta pasta - a escala de auto-estima de Rosenberg e a escala das necessidades básicas psicológicas. O caderno do terapeuta conterá os dados sócio-demográficos e o inventário da assimilação dos objectivos estratégicos (para ser preenchido no segundo momento e nos momentos seguintes, até ao final do processo psicoterapêutico).

No início do processo terapêutico (primeira sessão) o paciente deverá preencher os questionários referentes à primeira pasta e o terapeuta os dados sócio-demográficos. O objectivo será avaliar a satisfação das necessidades psicológicas básicas e o nível de auto-estima, bem como a sintomatologia que o paciente possa apresentar como medida de exclusão.

Na sétima sessão o paciente deverá voltar a preencher os questionários referentes à segunda pasta. O objectivo será avaliar a relação da satisfação das necessidades psicológicas em relação à qualidade da aliança terapêutica; e a relação da satisfação das necessidades psicológicas com as fases 1 e 2 do processo psicoterapêutico. O terapeuta deverá preencher o inventário da assimilação dos objectivos estratégicos, referente a essas

mesmas fases.

Na décima quarta sessão o paciente deverá preencher os questionários relativos à terceira pasta. O objectivo será avaliar a relação da satisfação das necessidades psicológicas com as fases 3 e 4 do processo psicoterapêutico. O terapeuta deverá preencher o inventário da assimilação dos objectivos estratégicos, referente a essas mesmas fases.

Na vigésima primeira sessão o paciente deverá preencher os questionários relativos à quarta pasta. O objectivo será avaliar a relação da satisfação das necessidades psicológicas com as fases 5 do processo psicoterapêutico. O terapeuta deverá preencher o inventário da assimilação dos objectivos estratégicos, referente a essas mesmas fases.

No final da terapia (na última sessão) o paciente deverá preencher os questionários relativos à quinta pasta. O objectivo será avaliar a relação da satisfação das necessidades psicológicas com as fase 6 e 7 do processo psicoterapêutico, e a influência que o processo teve no nível de auto-estima do paciente. O terapeuta deverá preencher o inventário da assimilação dos objectivos estratégicos, referente a essa mesma fase.

O trabalho predominante relativo a cada fase efectua-se nos momentos que ocorrem no intervalo das sessões mencionadas.

## 8. Plano de análise de resultados

Em primeiro lugar, proceder-se-à à análise descritiva dos dados calculando-se a média, desvio-padrão e frequências absolutas e relativas. Os resultados obtidos irão permitir caracterizar a amostra ao nível das variáveis demográficas.

Em segundo lugar, para testar as hipóteses enunciadas utilizar-se-ão as seguintes estatísticas:

- O coeficiente de correlação de *Pearson* para medir o grau de associação entre as seguintes variáveis métricas:

- a) o grau de satisfação das necessidades básicas psicológicas e o nível de auto-estima.
- b) a qualidade da aliança terapêutica e o grau de satisfação das necessidades básicas de autonomia, competência e pertença.

- O teste estatístico *t de Student para amostras emparelhadas* (para medições dos mesmos indivíduos em dois momentos) que irá comparar a média do nível de auto-estima nos pacientes no início e no final do processo terapêutico.

- A estatística de teste *ANOVA Repeated Measures* para a determinação do grau de regulação das necessidades básicas de autonomia, competência e pertença nos cinco momentos do processo psicoterapêutico. Este teste irá comparar, simultaneamente, a média dos diferentes graus de regulação das necessidades de autonomia, competência e pertença, entre si, nos cinco momentos do processo e detectar se existem diferenças significativas. Deste modo, indicará se existe ou não um par de médias nas medições repetidas (i.e., nos momentos do processo psicoterapêutico), significativamente diferentes entre si.

Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição de valores para os coeficientes de correlação de *Pearson* e os pressupostos de normalidade de distribuição dos valores, pressuposto de homogeneidade de variâncias e pressuposto de esfericidade no caso da *ANOVA Repeated Measures* serão avaliados com o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, teste de *Levene* e teste de esfericidade de *Mauchly*.

As estatísticas serão efectuadas com recurso às facilidades estatísticas do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0 para Windows.



## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente trabalho insere-se no campo de estudos da regulação das necessidades básicas psicológicas e da auto-estima, enquanto instâncias do *self*, no contexto do processo psicoterapêutico. O seu propósito geral é compreender o processo de regulação das necessidades básicas psicológicas em diferentes momentos ao longo do processo psicoterapêutico. Sendo de carácter longitudinal, este estudo avalia os sujeitos nos seguintes momentos do processo: início (primeira sessão), fase 1 e fase 2 (sétima sessão), fase 3 e 4 (décima quarta sessão), fase 5 (vigésima primeira sessão), fase 6 e 7 e final da terapia (última sessão). Deste modo, pretendeu-se mais especificamente, no que se refere à regulação das necessidades básicas do paciente, analisar a sua relação com o nível de auto-estima, e com os vários momentos do processo psicoterapêutico e a sua componente aliança terapêutica.

De seguida reflecte-se sobre os possíveis resultados que se podem obter referentes a cada hipótese.

**Hipótese 1:** espera-se que o grau de regulação das necessidades psicológicas básicas esteja positivamente associado ao nível de auto-estima do paciente no momento em que vai iniciar o processo psicoterapêutico.

Se os resultados confirmarem a hipótese formulada verificar-se-à uma relação positiva entre o grau de satisfação das necessidades e o nível de auto-estima do paciente, isto é, quanto maior for o grau de satisfação das necessidades básicas maior será o nível de auto-estima.

A Metateoria da Auto-Determinação de Deci e Ryan (2000), propõe que uma auto-estima genuína é fruto da satisfação das necessidades que considera mais fundamentais para o bem estar do indivíduo - a autonomia, a competência e a pertença que estão na origem de um comportamento auto-determinado. O indivíduo com uma auto-estima genuína experiencia por si próprio como merecedor de estima e de amor. Assim, o seu valor não é percebido em função dos sucessos obtidos ou das falhas cometidas, ao contrário do indivíduo que experiencia o seu valor em função de condições externas (que se caracterizam pela influência das outras pessoas e de determinados contextos). Neste caso, a sua auto-estima é contingente aos resultados obtidos e o seu comportamento motivado pelo controlo. A nível empírico, os estudos de Kasser e Ryan (1993, 1996, 1999) sobre os objectivos do indivíduo que se relacionam com uma motivação intrínseca e a

satisfação das necessidades em contextos específicos, corroboram a associação positiva entre a satisfação das necessidades e a auto-estima, sendo esta considerada como um indicador do bem-estar.

A Teoria Dinâmica - Holística de Maslow (1970), que organiza as necessidades hierarquicamente numa pirâmide, segundo o princípio de relativa prepotência, propõe que a necessidade de auto-estima surge quando as necessidades que a antecedem hierarquicamente estão relativamente satisfeitas, ou seja, as necessidades fisiológicas, de segurança e de pertença, que são necessidades mais fundamentais. Embora no presente trabalho não se estude a auto-estima na qualidade de necessidade, esta teoria mostra a associação existente com as outras necessidades mais básicas que vão estar também relativamente satisfeitas com a satisfação da necessidade de auto-estima. Deste modo, de acordo com as teorias mencionadas, existe uma associação positiva entre a auto-estima e a regulação de necessidades psicológicas básicas, sendo assim muito provável que a hipótese se verifique.

No caso dos resultados não confirmarem a hipótese e assim se verifique que não há uma relação entre o grau de regulação das necessidades psicológicas básicas e o nível de auto-estima do paciente, este resultado possível pode ser devido às limitações deste estudo, de ordem metodológica. A *escala das necessidades básicas psicológicas de domínio geral* de Deci e Ryan, avalia três necessidades básicas psicológicas fundamentais, quando outras teorias referem também outras necessidades como sendo essenciais: as necessidades fisiológicas, de segurança e de pertença, no caso da Teoria Dinâmica de Maslow (1970); a necessidade de prazer e de coerência do *self*, no caso da Teoria Cognitiva – Experiencial do *Self* de Epstein (2003). O estudo de Sheldon et. al ( 2001) destaca dez necessidades de teorias psicológicas proeminentes para determinar as mais fundamentais que foram, pela respectiva ordem de importância dada pelos sujeitos que participaram no estudo: autonomia, competência, pertença, auto-estima, segurança, auto-actualização, fisiológicas, popularidade/influência e dinheiro/luxo.

Para além das necessidades de autonomia, competência e pertença, podem existir outras necessidades que estão na base da coerência do *self* e consequentemente numa avaliação mais positiva do *self*. A coerência do *self* resulta do balanceamento e equilíbrio das necessidades que são activadas em determinada situação. Assim se refere o equilíbrio entre a necessidade de pertença e de autonomia, como por exemplo de proximidade e pertença à família e de diferenciação e autonomização do indivíduo; entre a necessidade de agência (controlo) e de anagência (quietude), sentindo-se necessidade de se ser produtivo, competente, de ter acção assim como de não se estar a realizar nenhuma actividade; entre a

necessidade de prazer e de dor, como por exemplo na escolha das actividades que nos dão prazer e das que nos dão dor; e entre a necessidade de actualização, de aprender e procurar novas experiências, e também de contenção e de sermos capazes de apreciar o que temos e o que somos.

Relativamente à escala de auto-estima utilizada que avalia o conceito de auto-estima num domínio geral, esta não mostra a avaliação que o indivíduo pode fazer de si em determinadas áreas da sua vida, nas quais se possa sentir mais competente e logo com uma maior auto-estima. Para além disso não identifica se a auto-estima do indivíduo é segura ou insegura, independentemente de ser baixa, moderada ou elevada, uma vez que a auto-estima pode ser definida em vários tipos que variam entre uma auto-estima mais segura ou mais insegura (Kernis, 2003b).

Deste modo, poderia ser importante que existisse um instrumento que medisse os diferentes tipos de auto-estima para se ter uma boa medida da auto-estima. Os instrumentos que avaliam a auto-estima, para além da escala utilizada, ou avaliam a auto-estima enquanto conceito multidimensional que engloba várias componentes como as habilidades académicas, a confiança social, a aparência (eg. Escala Revista de Janis e Field (1959, cit. por Heatherton & Wyland) ou diferentes tipos de auto-estima em separado (eg. auto-estima explícita medida pela escala de estado da auto-estima de Heatherton e Polivy's (1991, cit. por Hodgins et al. 2007) e a auto-estima implícita avaliada pela medida de Spaldin e Hardin (1999, cit. por Hodgins et al. 2007).

**Hipótese 2:** espera-se que o nível de auto-estima do paciente seja maior no final do processo psicoterapêutico do que no seu início.

No caso de se verificar um nível maior de auto-estima no final do processo psicoterapêutico em relação ao início, e a hipótese seja assim confirmada, este resultado corroboraria o que a investigação tem demonstrado acerca do efeito positivo da terapia na auto-estima do paciente.

No presente estudo, refere-se os factores que podem ter influenciado a auto-estima: a regulação das necessidades básicas psicológicas e a diminuição das discrepâncias do *self*. A regulação das necessidades, que está na base de um *self* coerente, resulta numa auto-estima genuína do paciente. A diminuição das discrepâncias entre os sistemas do *self*, que significa uma maior aproximação do *self actual* com os seus orientadores, o *self ideal* e o *self obrigatório*, resulta numa auto-estima positiva do indivíduo.

Podem-se indicar outros objectivos terapêuticos, que ao longo das diferentes fases

do processo terapêutico, do Metamodelo da Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), promovem um aumento do nível de auto-estima do paciente, nomeadamente o aumento da consciência das relações e conflitos interpessoais, das características, regras e conflitos do *self* da segunda fase; a promoção da compaixão relativamente ao *self* da quarta fase; a flexibilização de modos de ser, a promoção de formas mais autênticas e gratificantes de se relacionar com os outros e consigo próprio da quinta fase; estabelecer e acarinhar relações que apoiem o *self* emergente, acarinhar e alimentar o *self* emergente da sexta fase.

No caso dos resultados não confirmarem a hipótese e assim se verifique que o nível de auto-estima do paciente não aumentou no final do processo psicoterapêutico refere-se a influência que os mesmos factores mencionados podem ter no nível de auto-estima, isto é, as necessidades não estarem reguladas e/ou existirem discrepâncias do *self*. No que se refere à regulação das necessidades, é essencial que seja activada a consciência das emoções para que depois o paciente tome também consciência de quais são as suas necessidades. Caso o paciente não tenha essa consciência e não consiga regular as suas emoções, também não vai regular as suas necessidades e chegar ao “querer”, à necessidade que se relaciona com o que se sente no momento (Conceição & Vasco, 2005). No que se refere às discrepâncias do *self*, segundo Moretti e Higgins (1999) uma auto-estima baixa pode ser causada por diferentes tipos de falhas de auto-regulação, isto é, de discrepâncias do *self*. Para distinguir as discrepâncias actual - ideal e actual - obrigatório do *self*, os autores identificaram várias fontes de discrepância dentro do sistema do *self* envolvendo o próprio ponto de vista do indivíduo versus o ponto de vista dos outros. Combinando cada ponto de vista com um domínio do *self*, define-se seis tipos de representações do *self*: actual - própria, actual - outro, ideal - próprio, ideal - outro, obrigatório - próprio, obrigatório - outro. Assim, as intervenções terapêuticas podem ser usadas para alterar a acessibilidade de cada um destes problemas do sistema do *self*. Por exemplo, se os clientes se auto-regulam pelos guias do *self* do ponto de vista dos outros, poderá ser benéfico usar técnicas que aumentem a acessibilidade ao seu próprio ponto de vista (eg. encorajar os clientes a considerar as suas esperanças, desejos, deveres, e obrigações). Ao fazê-lo podem reduzir a sua dependência dos outros para a manutenção da auto-estima e alargar as suas oportunidades para terem um sentimento de auto-confiança e de competência (Hook & Higgins, 1988; Moretti & Higgins, 1999).

**Hipótese 3:** espera-se um maior grau de regulação das necessidades de autonomia, competência e pertença do paciente resultante da assimilação dos objectivos estratégicos

da fase 4 e 5 do Metamodelo da Complementaridade Paradigmática.

De acordo com a Metateoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 2000), os resultados mais positivos da terapia estão relacionados com o grau de internalização dos objectivos terapêuticos e integração da aprendizagem e mudança do comportamento. Os objectivos que são totalmente assimilados, tornam-se congruentes com as percepções e valores do indivíduo.

No caso desta hipótese se verificar, refere-se em particular, na quarta fase que a assimilação dos objectivos relativos à regulação da responsabilidade resultará num maior sentido de autonomia do paciente, pela sua responsabilidade na mudança, e também de competência, uma vez que o indivíduo vai experienciar a responsabilidade pelas suas acções, enquanto escolhas ou vontades (ou necessidades do *self*) aumentando a sua sensação de auto-eficácia.

Na quinta fase a assimilação dos objectivos relativos à implementação de acções reparadoras, resulta na satisfação das necessidades não satisfeitas do paciente, nomeadamente relativamente ao objectivo mais específico de promover uma relação mais autêntica e gratificante com os outros e consigo próprio, e só a partir dessa relação afectiva conseguir alcançar os objectivos e satisfazer as suas necessidades, com base na perspectiva de Erickson (cit. por Vasco, 2005) que a saúde mental consiste na “capacidade de estar afectiva e efectivamente relacionado consigo próprio e com os outros” (Vasco, 2005 pág. 28).

Deste modo, a assimilação dos objectivos relativos às fases mencionadas do processo terapêutico estão associados a resultados mais positivos e assim o processo tem um efeito positivo na satisfação das necessidades básicas psicológicas no paciente.

No entanto caso não se verifique que um aumento do grau de regulação das necessidades relacionado com a assimilação dos objectivos das fases 4 e 5 em relação às fases anteriores (1, 2 e 3) é mais significativo, do que o aumento da regulação das necessidades nas fases 6 e 7 em relação às fases 1, 2 e 3. Assim não se confirma, mais especificamente no que se refere às necessidades de autonomia e de competência, um aumento da regulação de autonomia relacionado com o alcance dos objectivos da fase 4 e um aumento da regulação da necessidade de competência relacionado com o alcance dos objectivos da fase 5. Uma vez que a regulação da necessidade de competência permite uma melhor regulação da necessidade de autonomia, e sendo também fundamental que a necessidade de autonomia esteja regulada para que a necessidade de competência possa ser regulada, assim o terapeuta pode não seguir a sequência proposta no Metamodelo da

Complementaridade Paradigmática. O terapeuta pode promover os objectivos da fase 5 quando estiver na fase 4 do processo, oscilando assim entre os objectivos da fase 4 e da fase 5, já que os objectivos da fase 5 podem estar mais relacionados com a promoção da regulação da necessidade de competência.

**Hipótese 3.1:** espera-se um maior grau de regulação da necessidade de autonomia no início (primeiro momento) do processo psicoterapêutico em relação ao grau de regulação das necessidades de competência e pertença.

De acordo com a Metateoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 2000), a necessidade de autonomia é a mais fundamental das três necessidades básicas psicológicas estudadas, sendo necessário que essa necessidade seja relativamente satisfeita para que as necessidades de competência e pertença também o sejam. Deste modo, no início e durante o processo psicoterapêutico não se espera verificar uma diferença significativa da regulação das necessidades de pertença e competência em relação à regulação da necessidade de autonomia, uma vez que estas não podem estar mais reguladas em relação à necessidade de autonomia.

No caso desta hipótese se verificar, a assimilação dos objectivos pelo paciente da primeira fase do Metamodelo da Complementaridade Paradigmática relativos à confiança e à motivação para o processo e à estruturação da relação terapêutica têm uma maior influencia na regulação da necessidade de autonomia do paciente em relação às necessidades de pertença e competência, uma vez que a autonomia está na base da adesão ao processo terapêutico. A necessidade de autonomia é a mais regulada no início do processo, de entre as necessidades básicas psicológicas não reguladas.

**Hipótese 3.2:** espera-se um maior grau de regulação das necessidades resultante do estabelecimento da aliança terapêutica no segundo momento (relativo à fase 1 e 2) do processo psicoterapêutico.

No caso de se verificar uma relação positiva entre a qualidade da aliança terapêutica e o grau de satisfação das necessidades do paciente, isto é, quanto maior for a qualidade da aliança maior é o grau de regulação das necessidades, este resultado confirmaria o que os autores têm vindo a descrever em relação a este tema, mais concretamente, da importância que a relação terapêutica tem, como espaço de “descoberta” e consciencialização das emoções e das necessidades, e da aprendizagem de novas

experiências emocionais (Conceição & Vasco, 2005; Kohut, 1984 cit. por Safran, 1993). A Metateoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 2000) refere a relação existente entre o suporte de autonomia pelo terapeuta e a aliança terapêutica, em que o suporte da autonomia fortalece a qualidade da aliança. Deste modo, não se espera uma relação unidireccional entre a satisfação das necessidades e a aliança terapêutica, sendo esta bidireccional, pela sua mútua influencia.

**Hipótese 3.2.1:** espera-se um maior grau de regulação da necessidade de pertença resultante do estabelecimento da aliança terapêutica no segundo momento do processo psicoterapêutico.

No caso da hipótese se verificar, considera-se que para o estabelecimento da aliança terapêutica são fundamentais as características universais do terapeuta, identificadas por Rogers (1957) como os ingredientes essenciais para a relação terapêutica: a empatia, a genuinidade e a aceitação incondicional. Este autor considerou-as como as “condições necessárias e suficientes” para o benefício da terapia. Em particular, estas atitudes do terapeuta de envolvimento, conferem um sentido ao paciente de ser acarinhado e de estar ligado ao terapeuta, o que permite a regulação da necessidade de pertença e a internalização do processo terapêutico (Deci & Ryan, 2008).

No caso da hipótese não ser confirmada e do estabelecimento da aliança terapêutica não resultar uma maior regulação da necessidade de pertença, uma vez que se excluem os pacientes com perturbações da personalidade, refere-se como uma causa possível o facto dos clientes com estilos de vinculação mais inseguros, principalmente com um estilo evitante, terem mais dificuldade em estabelecer uma relação com o terapeuta.

**Hipótese 3.3:** espera-se um maior grau de regulação da necessidade de competência no terceiro momento (relativo à fase 3 e 4) e no quarto momento (relativo à fase 5) do processo psicoterapêutico em relação aos momentos anteriores.

No caso da hipótese se verificar considera-se que a assimilação dos objectivos pelo paciente da quarta fase do Metamodelo da Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006) relativos à regulação da responsabilidade, que inclui o aumento da consciência das necessidades, a diferenciação das necessidades que são adaptativas das outras, a promoção da auto-eficácia e dos seus recursos para a mudança, permite uma maior regulação da necessidade de competência, através da promoção de um *self* agente que está de “posse”

das suas necessidades, por chegar à necessidade ao “querer” e por sentir-se com direito a ela.

Na quinta fase, a assimilação dos objectivos relativos à implementação de acções reparadoras, também vai permitir uma maior regulação da necessidade de competência, pois nesta fase promove-se o ensaio e a implementação de planos de acção que possam satisfazer necessidades não satisfeitas. Deste modo se conclui que o alcance dos objectivos resultará no aumento da regulação da necessidade de competência em particular, em relação às fases anteriores, o que também irá contribuir para um aumento da regulação da necessidade de autonomia e pertença.

Caso não se verifique a hipótese e os resultados não confirmem uma maior regulação da necessidade de competência relacionada com os objectivos das fases 3, 4 e 5, a regulação da necessidade de competência pode estar mais relacionada com os objectivos das fases 6 e 7, onde se consolida as mudanças e o indivíduo se pode sentir mais competente com as conquistas alcançadas e as novas aprendizagens.

No caso de não se verificarem os resultados esperados, e assim não se confirmem as hipóteses (2, 3, 3.1, 3.2, 3.2.1 e 3.3) que implicam a aliança terapêutica e o processo terapêutico, esses resultados podem-se dever ao facto dos objectivos terapêuticos não terem sido assimilados pelo paciente e a outras variáveis contextuais referentes ao terapeuta e ao paciente que possam ser influentes nos resultados terapêuticos e em particular na qualidade da aliança terapêutica, para as hipóteses 3.2 e 3.2.1.

No que se refere ao terapeuta, os seus atributos pessoais e técnicas podem ter uma influência significativa. De acordo com os estudos revistos por Ackerman e Hilsenroth (2001), referem-se os atributos do terapeuta que podem contribuir negativamente, para a qualidade da aliança terapêutica e os resultados do processo: a rigidez, a falta de confiança na sua capacidade de ajuda, a crítica, a distância, a tensão e ser mais focado em si próprio. As técnicas que podem contribuir negativamente são a estruturação exagerada da terapia, o uso desapropriado de abertura (partilha) do terapeuta e do silêncio (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

É importante que o terapeuta tenha um repertório flexível de características da relação que responda às necessidades e expectativas dos clientes. Deste modo, o terapeuta deve ajustar a cada cliente o seu nível de formalidade (casual vs profissional), as características de grau de abertura, calor e empatia, suporte (vs directividade e confrontação), o foco (sintomas vs problemas) (Bachelor & Horvath, 1999). Caso não se verifique essa resposta individualizada do terapeuta ao cliente, o que resultará em atitudes



e intervenções desapropriadas a cada cliente, o estabelecimento e a manutenção da aliança terapêutica e o sucesso da terapia podem ficar comprometidos. Deste modo, o terapeuta deve ser responsivo ao cliente, com capacidade de proporcionar ao paciente as experiências terapêuticas reparadoras de que este necessita, com base em critérios para cada cliente e a momentos terapêuticos específicos (Vasco, 2005).

No que se refere às características do paciente salienta-se o seu grau de perturbação emocional e o estilo de vinculação. O grau de perturbação emocional uma vez que a investigação suporta que os indivíduos com maiores perturbações emocionais são mais vulneráveis e podem ter mais dificuldades no estabelecimento da aliança terapêutica (Bachelor & Horvath, 1999). O estilo de vinculação do cliente também é uma variável importante a considerar. De acordo com Bachelor e Horvath (1999), que mostram o que os autores têm examinado ao nível da potencial influência das experiências iniciais de vinculação no processo terapêutico, estes concluem que os estilos de vinculação desenvolvidos têm-se mostrado influentes nas percepções e reacções do cliente ao terapeuta, bem como na qualidade da aliança desenvolvida. Os clientes com um estilo seguro percebem os seus terapeutas como responsivos, aceitantes, e que providenciam uma base segura. Os clientes dependentes são clientes que desejam frequentemente e intensivamente um contacto pessoal com os seus terapeutas. Os clientes com um estilo de evitamento não confiam no terapeuta e receiam a rejeição. Os clientes ansiosos relacionam-se com o terapeuta, mas parecem não ter vontade de participar nas tarefas de auto-revelação da terapia (Bachelor & Horvath, 1999).

No caso de não se verificarem as hipóteses (3, 3.1, 3.2, 3.2.1 e 3.3) relativamente à regulação das necessidades, apontam-se as seguintes razões possíveis. De acordo com Deci e Ryan (2008), estes resultados podem ser explicados pelo facto da terapia ter sido experienciada como um factor externo ao indivíduo, que se foi deparando com conflitos ao longo do processo de mudança, particularmente para a hipótese 3.1.

Refere-se o estilo do terapeuta como variável influente no sucesso da terapia. Um estilo de controlo contribui negativamente para o sucesso da terapia. De acordo com Deci e Ryan (2008), qualquer intervenção pode depender do estilo do terapeuta de controlo ou de autonomia, para o seu sucesso. Os autores defendem a hipótese de que os terapeutas que suportam a autonomia, que são envolvidos, e que informam sobre o racional terapêutico, facilitam uma maior integração da mudança nos seus pacientes do que os terapeutas que controlam, não são envolvidos, e não fornecem informação. Os terapeutas com um estilo de autonomia influenciam o aumento da auto-determinação, do *locus* de causalidade

interno percebido, e da competência percebida pelo paciente (Pelletier, Tuson & Haddad, 1997). De acordo com Pelletier et al.(1997), os estudos empíricos suportam a importância do terapeuta providenciar a oportunidade de escolha e assim, aumentar o *locus* de causalidade interno, para uma maximização dos efeitos da psicoterapia.

Para a intervenção clínica, para além de um estilo de suporte de autonomia do terapeuta, refere-se o trabalho terapêutico de validação e de desafio. A validação da necessidade é um elemento importante que vai aumentar o sentimento de direito da necessidade e de *apessoamento do self* para chegar à necessidade, ao “querer”. O trabalho terapêutico pode promover meios de conhecer e validar as necessidades do self (Conceição & Vasco, 2005). O trabalho terapêutico de desafio pode, mais especificamente, incluir a confrontação do cliente. Deci e Ryan (2008) sugerem que se confrontem as introjecções, o que permitirá a reavaliação dessas exigências internas, reflectindo quando são realmente congruentes e significativas para o indivíduo. Uma vez que no caso de serem consideradas autênticas e apropriadas ao indivíduo, este possa trabalhar no sentido de as integrar. No caso dessas exigências serem consideradas inapropriadas, o indivíduo pode começar a experienciar, através do suporte do terapeuta, o que significam para depois as descartar.

#### Direcções futuras

Para estudos futuros considera-se relevante a aferição da *escala das necessidades básicas psicológicas* de Deci e Ryan para a população portuguesa. Propõe-se também a elaboração de uma escala que para além das necessidades de autonomia, competência e pertença, possa também incluir outras necessidades referidas por teorias psicológicas proeminentes, sugerindo-se, por exemplo, as que foram identificadas no estudo de Sheldon et al. (2001): auto-estima, segurança, auto-actualização, fisiológicas, popularidade/influência e dinheiro/luxo.

Dando continuidade ao presente trabalho, poderia ser interessante estudar o nível de auto-estima do paciente ao longo do processo terapêutico, uma vez que o aumento da sintonia do self com a diminuição das discrepâncias do self, bem como a regulação das necessidades no processo podem ser possíveis factores que promovem um maior nível de auto-estima no paciente.

### Conclusão final

O presente estudo pretende contribuir para a compreensão da regulação das necessidades psicológicas e da auto-estima como factores que contribuem para cada modelo de acção do terapeuta, utilizando um modelo do processo psicoterapêutico integrativo, com marcadores específicos de decisão clínica referentes à regulação das necessidades.

A investigação tem procurado comprovar a eficácia da terapia, mas poucos são os estudos que se centram no processo, focando-se antes nos resultados, comparando o momento inicial com o final da terapia. Deste modo este estudo pode contribuir para a compreensão do processo psicoterapêutico, fazendo considerações sobre as acções e interacções entre paciente e terapeuta (Machado, 1996).

A consideração dos factores comuns às terapias essenciais para o sucesso de qualquer modelo de intervenção terapêutica, aumentam a reponsividade do terapeuta, que não fica limitado a uma determinada orientação terapêutica. A regulação das necessidades psicológicas pode ser um potencial factor comum, importante para guiar a intervenção e para a “teoria” que o próprio terapeuta constrói em relação ao cliente e ao que se vai passando com este, nomeadamente com a sintonia do funcionamento do sistema do *self*, dentro e fora do contexto terapêutico.

De acordo com Deci e Ryan (2008) são necessárias teorias compreensivas que guiem o trabalho com os pacientes, para que os terapeutas possam identificar o que é preciso, à medida que os pacientes vão desempenhando as tarefas da terapia, e assim também contribuindo para a manutenção das mudanças que daí resultam (Deci & Ryan, 2008). Assim se utilizou como teoria de base do presente estudo a Metateoria da Auto-Determinação, cujos princípios sobre a motivação podem ser aplicados a qualquer técnica de intervenção.

Esta metateoria pode contribuir significativamente para a compreensão de factores relacionados com a eficiência da terapia, particularmente neste estudo por distinguir entre os diferentes tipos de motivação que podem ter um impacto diferente na manutenção e integração das mudanças terapêuticas; e por focar a internalização, o processo pelo qual as mudanças terapêuticas que inicialmente são reforçadas por fontes externas (ex. o terapeuta) se tornam integradas no indivíduo de forma a fazer parte do seu carácter (Pelletier, Tuson & Haddad, 1997).

Considerando que as hipóteses são confirmadas pode-se concluir que a regulação das necessidades básicas psicológicas, de autonomia, competência e pertença, relaciona-se

predominantemente com a assimilação dos objectivos relativos às fases 4 e 5, em que nomeadamente a variável de auto-estima pode ser um indicador dessa regulação. A regulação das necessidades também pode ser uma variável moderadora da eficácia da terapia, uma vez que o suporte do terapeuta da regulação das necessidades aumentará a probabilidade dos objectivos terapêuticos serem assimilados pelo paciente, o que levará à sua mudança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171-185.
- Assor, A., Roth, G., & Deci, E. L. (2004). The emotional costs of parents' conditional regard: A self-determination theory analysis. *Journal of Personality*, 72, 47-88.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M.A Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Ballone G. J. *Carl Rogers*, in. PsiqWeb, internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/> revisto em 2005.
- Bednar, R. L., Wells, M. G. & Peterson., S. R. (1989). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). The client- counsellor match and the corrective emotional experience: evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory, research, practice and training*, 39 (1), 32-43.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252-260.
- Bridges, M. R. (2006). Activating the corrective emotional experience. *Journal of clinical psychology: in session*, 62 (5), 551-568.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social psychology*, 84 (4), 822-848.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006): Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In L. G. Castonguay, & L. E. Beutler, (Eds.), *Principles of therapeutic change that work*. Oxford University Press: New York.
- Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: B.S.I. In M.R. Simões, L.S. Almeida, & M. Gonçalves (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*

(vol.2) (pp. 95-109). Braga: SHO.

Conceição, N. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objectivos estratégicos: Marcadores para a sequencialização temporal do processo psicoterapêutico* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Conceição N., & Vasco, A.B. (2005). Olhar para as necessidades do self como um boi para o palácio: perplexidades e fascínio. *Psychologica*, 40, 55-73.

Deci, E. L., Eghari, H., Patrick, B.C, & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62, 119-142.

Deci, E. L. & Moller, A. C. (2005). The concept of competence. In A. Elliot & C. Dweck (Eds.), *Handbook of Competence and Motivation*. New York: Guilford Press.

Deci, E. L., Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 1 (4), 227-268.

Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration & Procedures Manual-I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Dias, M.G & Fontaine, A.M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar psicológico dos jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Dutton, K. A., & Brown, J. D. (1997). Global self-esteem and specific self-views as determinants of people’s reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (1), 139-148.

Epstein, S. (1993). Emotion and self theory. In M. Lewis, & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*. New york: Guilford Press.

Epstein, S. (2003). Cognitive- experiencial self-theory of personality. In T. Millon, & M. J. Lerner, (Eds), *Comprehensive Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology (vol.5)* (pp. 159-184). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.

Ghent, E. (2001). Need, Paradox, and Surrender: Commentary on Paper by Adams Phillips. *Psychoanalytic Dialogues*, 11, 23-41.

Greenberg, L. S. (2002). The therapist as an emotion coach. In: *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC, US: American Psychological Association, pp. 55-84.

Hardy, G., Cahill, J., & Barkham, M. (2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: a research perspective. In P. Gilbert, & R. L.

- Leahy (Eds), *The Therapeutic relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapists* (pp. 24-42). London: Routledge.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94 (3), 319-340.
- Hodgins, H. S., Brown, A. B., & Carver, B. (2007) Autonomy and control motivation and self-esteem. *Self and Identity*, 6 (2), 189-208.
- Hook, E. V., & Higgins., E. T. (1988). Self related problems beyond the self-concept: Motivational consequences of discrepant self-guides. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(4), 625-633.
- Horvath, A.. & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy. a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 139-149.
- James, W. (1890/1950). *The Principles of Psychology*. Vol.1. New York: Dover Publications.
- Janeiro, I. (2006). *A perspectiva temporal, as crenças atribucionais, a auto-estima e as atitudes de planeamento e de exploração da carreira- estudo sobre os determinantes da maturidade na carreira em estudantes do 9º e 12º anos* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia). Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Joiner, T., Sheldon, K., Williams, G, e Pettit, J. (2003). The integration of self-determination principles and scientifically informed treatments is the next tier. *Clinical Psychology: Science and practice*, 10 (3), 318-319.
- Kahn, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison. *American Psychologist*, 40 (8), 893-904.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 80-87.

- Kasser, V., & Ryan, R. M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (5), 935-954.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Madison, Connecticut: International Press.
- Leary, M. R. (1999). The social and psychological importance of self-esteem. In: *The social psychology of emotional and behavioral problems: Interfaces of social and clinical psychology*. Washington, DC, US: American Psychological Association, pp. 197-221.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S.J., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518-530.
- Lourenço, O. (2002). *Psicologia de desenvolvimento cognitivo: teoria, dados e implicações* (2ª edição). Lisboa: Almedina.
- Machado, P. P. (1996). Investigação em psicoterapia: Resposta para algumas questões e algumas questões sem resposta. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1 (1), 97-116.
- Machado, P. P., & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica: W.A.I. In M.R Simões, L.S. Almeida & M. Gonçalves (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol.2) (pp. 87-94). Braga: SHO.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 811-831.
- Maslow, A. (1970). A theory of human motivation. In *Motivation and Personality* (2ª edição). New York: Harper & Row.
- Moretti, M. M., Higgins., E. T. (1999). Own versus other standpoints in self-regulation: developmental antecedents and functional consequences. *Review of General Psychology*, 3 (3), 188-223.
- Murray, H. A (1962). *Explorations in personality*. New York: Science Editions.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., Haddad, N. K. (1997). Client motivation for therapy scale: a measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68 (2), 414-435.
- Pyszczynski, T., Solomon, S., Greenberg, J., Arndt, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130 (3), 435-468.
- Rodrigues, L. (2005). *Apoio à autonomia, motivação, percepção de competência e auto-estima em alunos do 9º ano de escolaridade* (Dissertação de Mestrado em Ciências da



Educação). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Rogers, C. R. (1951). *Terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes Editora.

Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.

Rosenberg, M (1961). The self-concept: social product and social force. In R. C. Wylie in collaboration with P. J. Miller, S. C. Cowles, & A. W. Wilson, *The self-concept: Theory and research on selected topics*. Lincoln, London: University of Nebraska Press.

Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2003). Why we don't need self-esteem: on fundamental needs, contingent love, and mindfulness. *Psychological Inquiry*, 14, 71-77.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2004). Avoiding death or engaging life as accounts of meaning and culture: Comment on Pyszczynski et al. (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 473- 477.

Ryan, R. M., & Guardia, J. (2000). What is being optimized?: Self-determination theory and basic psychological needs. In S. Qualls & R. Abeles, *Psychology and the aging revolution: How we adapt to longer life* (145-172). Washington, DC: APA Books.

Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: an arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30 (2), 11-24.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.

Sheldon, K.M, Elliot, A.J, Kim, Y. & Kasser, T. (2001). What is Satisfying about Satisfying Events? Testing 10 Candidate Psychological Needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 325-339.

Sheldon, K. M., Joiner, T. E., Pettit, J. W., & Williams, G. (2003). Reconciling humanistic ideals and scientific clinical practice. *Clinical Psychology: Science and practice*, 10 (3), 302-315.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton.

Vasco, A. B (2005). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: Variedade e integração. *Psychologica*, 40, 11-36.

Vasco, A.B (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista de Psicologia*, 39, 9-31.

- Vasco, A.B., & Brandão A. (2005). Discrepâncias do Eu: diferenças entre as populações não clínica e clínica. *Psychologica*, 40, 109-129.
- Vasco, A. B., Silva, F., & Chambel, J. (2001). Visões do mundo do terapeuta e do cliente: impactos na aliança terapêutica. *Psicologia*, XV (2), 299-308.
- Wei, M., Philip A., Shaffer, Young, S. K., Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, shame, depression, and loneliness: the mediation role of basic psychological needs satisfaction. *Journal of Counselig Psychology*, 52 (4), 591-601.
- Williams, G. C., Freedman, Z., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651.
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomus motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, 21 (1), 40-50.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 115-126.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Kouides, R. W., Levesque, C., Ryan, R. M., & Decy, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25 (1), 91-101.
- Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (5), 675-696.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, R. M. (2007). Autonomous motivation for therapy: a new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17 (2), 137-147.

## **Anexos**

# **Anexo A**

## **Caderno do Paciente**

Caro/a paciente:

Como foi informado pelo seu terapeuta, venho convidá-lo a participar num estudo sobre as necessidades psicológicas e a auto-estima do paciente no processo psicoterapêutico. Este projecto de investigação insere-se no âmbito da realização da Tese de Mestrado Integrado, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Helena Afonso.

Gostaria de contar com a sua ajuda, assegurando-lhe que os questionários serão rápidos de se responder e garantindo-lhe a confidencialidade dos seus dados, mediante um código atribuído a cada caderno. O caderno é constituído por cinco pastas que serão sempre entregues pelo seu terapeuta num envelope a fechar por si.

As pastas serão entregues em vários momentos da terapia. Cada pasta é constituída por questionários com instruções claras e específicas para cada um. É **muito importante** que preencha sempre todos os questionários pedidos e que não deixe nenhuma pergunta em branco. Uma vez preenchido todo o material referente à pasta que lhe foi entregue, entregue o envelope **fechado** ao seu terapeuta que o guardará.

Disponibilizo-me para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais através dos seguintes contactos:

Telemóvel:

E-mail:

**Obrigada**

Diana Piedade

Helena Afonso

Universidade de Lisboa

Código: (a preencher pelos investigadores)

### **Dados Sócio-Demográficos**

Idade:

Naturalidade:

Género:

Estado civil:

Habilitações literárias:

Profissão:

## Inventário Breve de Sintomas

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o **grau em que cada problema o incomodou durante a última semana**. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssima s vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					

24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					



### Escala de Auto-Estima

Leia atentamente as frases, pensando de que forma se relacionam consigo. Indique em que medida é que concorda, assinalando uma cruz no local correspondente.

Frase	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente estou satisfeito/a comigo próprio/a.				
2. Por vezes penso que nada valho.				
3. Sinto que tenho um certo número de boas qualidades.				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maior parte das outras pessoas.				
5. Sinto que tenho pouco de que me orgulhar.				
6. Por vezes sinto-me de facto um inútil.				
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.				
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio.				
9. De um modo geral acho que sou um falhado.				
10. Adopto uma atitude positiva em relação a mim próprio/a.				

## **Escala da Satisfação das Necessidades Básicas no Domínio Geral**

### **Sentimentos que tenho**

Por favor leia cada um dos seguintes itens cuidadosamente, pensando de que forma se relacionam com a sua vida, e depois indique em que medida são verdade para si. Use a seguinte escala para responder:

1	2	3	4	5	6	7
não é verdade de todo		de alguma forma verdadeiro			muito verdadeiro	

1. Eu sinto que sou livre para decidir como viver a minha vida.
2. Eu gosto realmente das pessoas com quem interajo.
3. Geralmente, não me sinto muito competente.
1. Sinto-me pressionado(a) na minha vida.
2. As pessoas que eu conheço dizem-me que sou bom (boa) naquilo que faço.
3. Eu dou-me bem com as pessoas com quem interajo.
4. Eu sou um pouco fechado(a) e não tenho muitos contactos sociais.
5. Geralmente sinto-me livre para expressar as minhas ideias e opiniões.
6. Considero as pessoas com quem interajo regularmente, como sendo minhas amigas.
7. Recentemente, tenho sido capaz de aprender novas competências.
8. No meu dia-a-dia, frequentemente tenho que fazer o que me pedem.
9. As pessoas na minha vida importam-se comigo.
10. A maior parte dos dias tenho o sentimento de conseguir cumprir o que me proponho a fazer.
11. As pessoas com quem me relaciono diariamente têm em consideração os meus

sentimentos.

12. Na minha vida não tenho muitas oportunidades de mostrar as minhas capacidades.

13. Não há muitas pessoas de quem seja íntimo/a.

14. Sinto que posso ser eu mesmo/a no meu dia-a-dia.

15. As pessoas com quem interajo regularmente não parecem gostar muito de mim.

16. Muitas vezes não me sinto capaz.

17. Não tenho muitas oportunidades para decidir por mim como fazer as coisas no meu dia-a-dia.

18. As pessoas, geralmente, são muito amigáveis comigo.

## Inventário da Aliança Terapêutica – Forma reduzida

Os itens seguintes reflectem a sua relação de trabalho com o(a) seu(sua) terapeuta, isto é, o modo como pode pensar ou sentir acerca do(a) seu(sua) terapeuta. Avalie cada item assinalando o número apropriado, numa escala de 1 a 7, em termos da forma como se sentiu relativamente a **esta sessão**.

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5	6	7

1.O(a) meu(minha) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que preciso fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação.	1	2	3	4	5	6	7
2. O que o eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Acho que o(a) meu(minha) terapeuta gosta de mim.	1	2	3	4	5	6	7
4.O(a) meu(minha) terapeuta não compreende aquilo que eu tento conseguir com a terapia	1	2	3	4	5	6	7
5. Tenho confiança na capacidade do(a) meu(minha) terapeuta para me ajudar	1	2	3	4	5	6	7
6. O(a) meu(minha) terapeuta e eu trabalhamos para objectivos que foram mutuamente acordados.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto que o(a) meu(minha) terapeuta me aprecia.	1	2	3	4	5	6	7
8. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.	1	2	3	4	5	6	7
9. O(a) meu(minha) terapeuta e eu confiamos um no outro.	1	2	3	4	5	6	7
10. O(a) meu(minha) terapeuta e eu temos ideias diferentes acerca de quais os meus problemas.	1	2	3	4	5	6	7
11.Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.	1	2	3	4	5	6	7
12. Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o meu problema é correcto.	1	2	3	4	5	6	7

# **Anexo B**

## **Caderno do Terapeuta**

Caro/a colega

No âmbito da realização da Tese de Mestrado Integrado, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Helena Afonso, pretendo efectuar uma investigação sobre as necessidades psicológicas e a auto-estima do paciente no processo terapêutico.

Gostaria de contar com a sua ajuda, como participante, preenchendo o *Caderno do Terapeuta*, bem como intermediário entre o investigador e o paciente, entregando-lhe e recolhendo as pastas contidas no *Caderno do Paciente*.

Os questionários requerem pouco tempo para se responder e todos os dados recolhidos serão confidenciais, mediante um código atribuído a cada caderno.

Cada pasta, do *Caderno do Terapeuta* e do *Caderno do Paciente*, deverá ser preenchida por cada um, respectivamente, após cada momento do processo terapêutico a seguir indicado:

- Sessão 1: pasta 1
- Sessão 7: pasta 2
- Sessão 14: pasta 3
- Sessão 21: pasta 4
- Última sessão: pasta 5

As pastas contêm questionários com instruções claras e específicas para cada um. É **muito importante** que preencha sempre todos os questionários pedidos e que não deixe nenhuma pergunta em branco. Uma vez preenchido todo o material da pasta respectiva, não se esqueça de **fechar** o envelope.

Disponibilizo-me para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais através dos seguintes contactos:

Telemóvel:

E-mail:

**Obrigada**

Diana Piedade

Helena Afonso

Universidade de Lisboa

Código: ( a preencher pelos investigadores)

### **Dados Sócio-Demográficos**

Idade:

Naturalidade:

Género:

Estado civil:

Anos de experiência clínica:

Orientação teórica:

**Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos (IAOE -CPt)**  
(Versão experimental: Medina, Vasco, Conceição, Nave & Moleiro, 2004)

Responda às seguintes questões assinalando, numa escala de 1 a 7, a opção que melhor descreve a forma como entende o(a) seu(sua) paciente **na fase actual da psicoterapia**.

Nada Descritivo	Muito Pouco Descritivo	Pouco Descritivo	Moderadamente Descritivo	Bastante Descritivo	Muito Descritivo	Muitíssimo Descritivo
1	2	3	4	5	6	7

“Nesta fase da psicoterapia, considero que o(a) meu (minha) paciente...”

1. NÃO está capaz de se sentir uma pessoa com valor	1	2	3	4	5	6	7
2. NÃO está capaz de construir novas explicações plausíveis para o seu comportamento	1	2	3	4	5	6	7
3. Está capaz de fazer escolhas resultantes da sua própria vontade	1	2	3	4	5	6	7
4. Está capaz de se ver a si próprio(a) e aos outros de formas adaptativas	1	2	3	4	5	6	7
5. Está capaz de estabelecer e manter um espaço pessoal e relações que apoiem um funcionamento integrado	1	2	3	4	5	6	7
6. Está capaz de aceder aos diferentes componentes da sua experiência (sensações, cognições, emoções, comportamentos)	1	2	3	4	5	6	7
7. Está capaz de colaborar com o terapeuta	1	2	3	4	5	6	7
8. Está capaz de abertura a mudanças e necessidades inevitáveis da vida no futuro	1	2	3	4	5	6	7
9. NÃO está capaz de agir de acordo com as suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
10. Está capaz de se sentir como agente responsável pelas suas mudanças	1	2	3	4	5	6	7
11. Está capaz de antecipar o futuro e a mobilização de recursos para lidar com ele	1	2	3	4	5	6	7
12. NÃO está capaz de compreender as necessidades que procura satisfazer ao comportar-se da forma como se comporta	1	2	3	4	5	6	7
13. NÃO está capaz de se observar a si próprio(a)	1	2	3	4	5	6	7



<b>14.</b> Está capaz de lidar com obstáculos colocados às suas novas formas de ser e de estar	1	2	3	4	5	6	7
<b>15.</b> Está capaz de elaborar uma narrativa de si próprio(a) que organiza experiências do passado, presente e futuro	1	2	3	4	5	6	7
<b>16.</b> Está capaz de compreender como é que ele(a) próprio(a) contribui para as suas dificuldades	1	2	3	4	5	6	7
<b>17.</b> Está capaz de estabelecer relações entre diferentes componentes da sua experiência	1	2	3	4	5	6	7
<b>18.</b> Está capaz de sentir segurança no(a) terapeuta e no processo psicoterapêutico	1	2	3	4	5	6	7
<b>19.</b> Está capaz de identificar diferentes componentes da sua experiência	1	2	3	4	5	6	7
<b>20.</b> NÃO está capaz de integrar diferentes experiências que permitam vivenciar a personalidade como um todo coerente	1	2	3	4	5	6	7
<b>21.</b> Está capaz de pôr em prática mudanças construtivas (internas ou externas)	1	2	3	4	5	6	7
<b>22.</b> Está capaz de se projectar no futuro efectiva e afectivamente relacionado consigo próprio(a) e com os outros	1	2	3	4	5	6	7
<b>23.</b> NÃO está capaz de consolidar nem de generalizar as suas novas aprendizagens	1	2	3	4	5	6	7
<b>24.</b> Está capaz de reavaliar o significado que atribui à sua experiência	1	2	3	4	5	6	7
<b>25.</b> Está capaz de perceber o modo como se relaciona com os outros	1	2	3	4	5	6	7
<b>26.</b> Está capaz de lidar adaptativamente com situações ou representações da sua realidade	1	2	3	4	5	6	7
<b>27.</b> Está capaz de se respeitar a si próprio(a) e às suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
<b>28.</b> Está capaz de confiar no(a) terapeuta	1	2	3	4	5	6	7